

LUIZ AUGUSTO DE OLIVEIRA ANTONUCCI

**ANÁLISE DO COTIDIANO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
UBÁ/MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2014

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

A635a
2014
Antonucci, Luiz Augusto de Oliveira, 1986-
Análise do cotidiano da unidade de atenção primária à
saúde no contexto da estratégia saúde da família em Ubá/MG /
Luiz Augusto de Oliveira Antonucci. – Viçosa, MG, 2014.
xiii, 105f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Maria das Dôres Saraiva de Loreto.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de saúde - Administração. 2. Família - Saúde.
3. Políticas públicas. 4. Saúde da família - Avaliação. 5. Ubá
(MG). I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de
Economia Doméstica. Programa de Pós-graduação em Economia
Doméstica. II. Título.

CDD 22. ed. 362.1068

LUIZ AUGUSTO DE OLIVEIRA ANTONUCCI

**ANÁLISE DO COTIDIANO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
UBÁ/MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 18 de março de 2014.

Prof.^a Simone Caldas Tavares Mafra

Prof.^a Rosângela Minardi Mitre Cotta

Prof.^a Maria das Dores Saraiva de Loreto
(Orientadora)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao Pai, ao Filho e ao Espírito Santo, os Quais me concederam o dom da vida e vêm me suprindo a cada dia com energia para minha caminhada.

Aos meus pais, José Antonucci Filho e Solange, por sempre me incentivarem através de seus exemplos de lutas e vitórias, acompanhando-me desde sempre, com muito zelo e carinho.

Aos meus irmãos Evandro e Oriáton, pela amizade e o apoio tão necessários.

Aos meus avós Luiz Augusto, Iby, e à minha tia Maura Lúcia, pela inspiração que me trazem através de suas experiências.

Às minhas queridas orientadoras Dorinha e Amelia, pelo acolhimento, amizade e pela direção durante todo o curso de nosso trabalho, através das orientações tão bem-sucedidas, assim como as maravilhosas aulas, que me provocaram pensamentos sobre questões antes insondáveis.

Às professoras Simone Mafra e Rosângela Minardi, por prontamente atenderem à minha solicitação para participarem da banca, possibilitando-me trocar conhecimentos no intuito de aperfeiçoar este trabalho.

Aos meus professores na graduação, Silvana e Renato Pedrosa, que foram os primeiros a me incentivar ao mestrado. Também agradeço ao meu primo Fabinho, por perceber minha inclinação para a pesquisa, instigando-me a adentrar nesse universo de conhecimentos. Do mesmo modo, sou grato ao amigo e companheiro de estudos Diego Pierotti Procópio, por seus sábios conselhos e intervenções para o meu crescimento.

Às professoras da pós-graduação em Economia Doméstica que, conforme as peculiaridades de cada uma e com seus ensinamentos, influenciaram-me muito positivamente.

À Aloísia, Roberto e Lena, por me tratarem tão bem e por serem tão solícitos e eficientes.

Aos meus colegas de mestrado pelo convívio, amizades construídas e principalmente pelos momentos felizes que vivenciamos durante esse período.

Aos meus companheiros de república, por estarmos sempre juntos, apoiando uns aos outros como família.

À CAPES, pelo fomento financeiro imprescindível para a concretização da minha pesquisa.

À Prefeitura Municipal de Ubá-MG, que através do Secretário Municipal de Saúde, Cláudio Ponciano, e da Coordenadora das equipes da ESF do município, Sandra Regina da Silva Killesse, muito colaboraram, abrindo-me as portas para a consecução deste trabalho.

Aos meus queridos funcionários da UAPS “Palmeiras”, liderados pelo enfermeiro Fábio, aos quais devo minha apreciação por terem me acolhido tão bem, possibilitando-me o acompanhamento das atividades e principalmente por me ensinarem, através da dedicação e criatividade, o valor do companheirismo e da amizade, para que o trabalho produza bons frutos.

Aos usuários, por se submeterem prontamente às entrevistas, compreendendo a importância de sua participação para a realização deste estudo, além de me receberem com muita hospitalidade em seus lares.

Enfim, a todos os que acreditaram em mim e que direta ou indiretamente fizeram parte desse percurso, estando ao meu lado nesses momentos tão importantes. Muito obrigado!

BIOGRAFIA

LUIZ AUGUSTO DE OLIVEIRA ANTONUCCI, filho de José Antonucci Filho e Solange de Oliveira Antonucci, nascido em 1º de setembro de 1986, em Visconde do Rio Branco/MG.

Em fevereiro de 2006, ingressou no curso de Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC de Ubá. Durante o curso, esteve engajado em atividades relacionadas ao ensino e extensão, culminando na participação da Operação Nordeste-Sul do Projeto Rondon, realizado pelo Ministério da Defesa Nacional.

Em 2010, começou sua Especialização em Terapia Intensiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Simultaneamente, lecionou em um curso técnico profissionalizante de enfermagem, através da Prefeitura Municipal de Visconde do Rio Branco.

Em março de 2012, iniciou-se no Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, atuando na linha de pesquisa “Família, Políticas Públicas e Avaliação de Programas e Projetos Sociais”, em nível de mestrado, na Universidade Federal de Viçosa.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vi
LISTA DE TABELAS.....	vii
LISTA DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE GRÁFICOS.....	ix
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xii

1. A TEMÁTICA DO ESTUDO E SUA ABORDAGEM: UMA BREVE APRESENTAÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	4
2.1. Objetivo geral.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	5
3.1. Processo de gestão pública e social.....	5
3.2. Processo de gestão da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)...	7
3.3. Princípios e diretrizes da ESF.....	11
3.4. Estrutura da governança.....	13
3.5. Ponderações sobre o cotidiano.....	15
3.6. Organização do trabalho e redes sociais.....	17
3.7. Reflexão conceitual sobre qualidade de vida.....	20
4. O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	22
4.1. Tipo de pesquisa.....	22
4.2. Local de estudo.....	23
4.3. Técnicas de coleta e análise dos dados.....	24
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

ARTIGO I – ANÁLISE DO COTIDIANO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “PALMEIRAS” EM UBÁ/MG.....	33
1. RESUMO.....	34
2. ABSTRACT.....	34
3. INTRODUÇÃO.....	34
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	35
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	37
5.1. Caracterização da Arena e dos Cenários da UAPS “Palmeiras”.....	37
5.2. Descrição das atividades cotidianas desenvolvidas.....	38
7. CONCLUSÕES.....	44
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

ARTIGO II - PRÁTICAS DE GOVERNANÇA MANIFESTAS NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “PALMEIRAS” EM UBÁ/MG.....	47
1. RESUMO.....	48
2. ABSTRACT.....	48
3. INTRODUÇÃO.....	48

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	49
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	50
6. CONCLUSÕES.....	55
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ARTIGO III – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E REDES SOCIAIS ATIVADAS NO CONTEXTO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “PALMEIRAS” EM UBÁ/MG.....	57
1. RESUMO.....	58
2. ABSTRACT.....	58
3. INTRODUÇÃO.....	58
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	60
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	62
5.1. Descrição da aplicabilidade dos princípios e diretrizes da ESF sobre o trabalho da UAPS “Palmeiras”.....	62
5.2. Identificação das principais redes sociais mobilizadas pelos profissionais e usuários da UAPS “Palmeiras”.....	66
6. CONCLUSÕES.....	72
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ARTIGO IV – GESTÃO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “PALMEIRAS” EM UBÁ/MG: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS.....	75
1. RESUMO.....	76
2. ABSTRACT.....	76
3. INTRODUÇÃO.....	76
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	79
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	81
5.1. Caracterização do perfil pessoal, ocupacional e familiar dos usuários da UAPS “Palmeiras”.....	81
5.2. Gestão da UAPS “Palmeiras” e seus resultados na Qualidade de Vida (QV) dos usuários.....	85
6. CONCLUSÕES.....	92
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
V - CONCLUSÕES GERAIS.....	96
VI - APÊNDICES.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde.
- AET** – Análise Ergonômica do Trabalho.
- ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- APS** – Atenção Primária à Saúde.
- ESF** – Estratégia Saúde da Família.
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- OMS** – Organização Mundial da Saúde.
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.
- PSF** – Programa Saúde da Família.
- QV** – Qualidade de vida.
- SUS** – Sistema Único de Saúde.
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- UAPS** – Unidade de Atenção Primária à Saúde.
- UBS** – Unidade Básica de Saúde.
- WHOQOL** - *World Health Organization Quality of Life.*

LISTA DE TABELAS

Especificações das redes sociais ativadas pelos profissionais da UAPS “Palmeiras”, Ubá/MG, 2013.....	57
Especificações das redes sociais acionadas pelos usuários da UAPS “Palmeiras”, Ubá/MG, 2013.....	60
Proporção de usuários participantes de grupos comunitários conforme os tipos incidentes, Ubá/MG, 2013.....	61
Perfil pessoal, ocupacional e familiar dos usuários da UAPS “Palmeiras”, Ubá/MG, 2013.....	82
<i>Ranking</i> das palavras relacionadas à concepção de qualidade de vida, conforme o peso atribuído pelos usuários, Ubá/MG, 2013.....	86
Questões explicativas sobre a qualidade de vida (QV) dos usuários da UAPS “Palmeiras”, agrupadas conforme suas diferentes dimensões, Ubá/MG, 2013.....	90

LISTA DE FIGURAS

Mapa de Minas Gerais com destaque para a cidade de Ubá.....	6
Organograma das posições dos sujeitos nas etapas de execução das atividades da UAPS “Palmeiras”, Ubá/MG, 2013.....	36

LISTA DE GRÁFICOS

Percentuais das respostas dos usuários, a respeito da associação que estabeleceram entre o que percebem por qualidade de vida e o atendimento concedido pela Unidade. Ubá/MG, 2013.....	88
---	----

RESUMO

ANTONUCCI, Luiz Augusto de Oliveira, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, março de 2014. **Análise do cotidiano da unidade de atenção primária à saúde no contexto da estratégia saúde da família em Ubá/MG.** Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Coorientadora: Amelia Carla Sobrinho Bifano.

Na prática, direcionamento limitado dos cuidados em saúde no Brasil se traduz na aplicação concentrada dos recursos em serviços curativos de alto custo, negligenciando o potencial da prevenção primária e da promoção da saúde, que, além de serem de menor valor econômico, poderiam evitar grande parte dos infortúnios provenientes das doenças. Dessa forma, observam-se equívocos gerenciais e políticos, que perpetuam esse modelo assistencial baseado no paradigma sanitário flexneriano, o qual, por sua vez, enfatiza a atenção médica e hospitalar como principal e quase absoluta prática sanitária. Por isso foi criado o Programa Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando a mudança desse contexto, através de proposições voltadas para uma visão focada na família e no ambiente onde vive, por meio de ações descentralizadas e participativas, que constituem a Produção Social da Saúde. Contudo, apesar da evolução do processo de gestão pública em saúde, cabe examinar a aplicabilidade de suas ações na realidade local concreta. Assim, esta pesquisa teve por objetivo avaliar o processo de gestão da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no contexto da ESF, a partir das atividades cotidianas desenvolvidas e de suas práticas de governança, bem como sua repercussão sobre a qualidade de vida de seus usuários. Esta pesquisa, descritiva e de cunho quanti-qualitativo, foi realizada no município de Ubá, Minas Gerais. Sua população foi constituída por representantes da equipe técnica e usuários da Unidade. Metodologicamente, realizou-se uma análise documental para levantar o histórico da UAPS, bem como a identificação de suas diretrizes. Esta análise foi complementada com observações diretas sobre as atividades cotidianas de trabalho, tanto na UAPS quanto nas visitas domiciliares aos usuários, além de entrevistas junto à equipe técnica, visando identificar suas percepções sobre as condições e organização do trabalho, os desvios entre as normas e o efetivamente realizado, através da auto confrontação. Observou-se também a estrutura de governança, qualificando o espaço relacional e identificando as redes sociais mobilizadas pela equipe técnica e usuários. Por último, almejando ponderar sobre a percepção dos usuários a respeito de sua

qualidade de vida e do impacto da gestão da UAPS sobre a mesma, foi-lhes aplicado o teste de associação livre de palavras e um questionário resultante da conjugação do modelo de Metzger et al. (1980) e o WHOQOL/breve, preconizado pela OMS (1998). Com respeito ao exame da estrutura básica das atividades desenvolvidas pela equipe técnica, considerando suas arenas e cenários, foi possível inferir que a dinâmica existente nas estratégias de ação adotadas pelos profissionais foi eficiente em termos do alcance de seus objetivos, gerando uma satisfatória assistência aos usuários, comparativamente às exigências da ESF. No que tange à identificação das práticas de governança, além dos conflitos, foi possível considerar os processos de concertação e negociação como importantes práticas construtivas do grupo, apesar da ocorrência de interesses contraditórios, configurando um processo de gestão “descentralizado-centralizado”. No que concerne à aplicabilidade dos princípios e diretrizes da ESF na realidade pesquisada, destaca-se que o trabalho dos profissionais pode ser visto como uma atividade permanente de regulação entre os determinantes da situação, as exigências das tarefas e o seu bem-estar, em busca da qualidade final do trabalho. Em adendo, a análise do papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde revelou duas faces da mesma moeda: a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre o Estado e os cidadãos. As implicações do processo de gestão da UAPS sobre a qualidade de vida de seus usuários revelaram consequências, tanto nas questões referentes aos aspectos econômicos quanto sociais. Além disso, a qualidade de vida foi percebida pelos participantes como algo imensurável e conceitualmente multidimensional. Conclui-se que, sob a égide da essência da ESF, a assistência concedida à comunidade local vem fornecendo subsídios para a obtenção de recursos inerentes aos diferentes campos da vida e que coadunam para a melhoria das condições da população usuária.

ABSTRACT

ANTONUCCI, Luiz Augusto de Oliveira, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, March 2014. **Everyday-life analysis in primary health attention units within the strategic contents for family health in Ubá, Minas Gerais, Brazil.** Guiding professor: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Auxiliary guiding professor: Amélia Carla Sobrinho Bifano.

In practical terms, limited health care direction in Brazil can be translated by concentrated application of resources in high-cost curative services, thus neglecting primary prevention potential and health promotion that, in addition to being of smaller economic value, could avoid a great deal of the unfortunates caused by such diseases. This way, management and political mistakes can be observed, perpetrating this assistencial model based in the flexnerian sanitation paradigm, which emphasizes medical and hospital attention as the main and almost absolute sanitary practice. Because of that, Family Health Program (Programa Saúde da Família, in Portuguese), was created. Nowadays it is called Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família), seeking to change this context through propositions aimed towards the families and the environment where they live via decentralized and participative measures and actions. However, despite the evolution in public health management process, their applicability in real, concrete and local reality is questioned. Thus, the objective in the present research was evaluating the management process in a Primary Health Attention Unit (Portuguese acronym UAPS) within ESF context and from everyday activities and governance practice, as well as their repercussion concerning life quality of its users. Thus, this descriptive research, with a quantity-quality essence, took place in Ubá, a town in the Brazilian state of Minas Gerais. The population for this research was made up of team members from the technical staff and users of the health unit. In order to fulfill the proposed objectives, a documental analysis methodologically took place for tracing back the historic background of the UAPS, as well as for identifying its guiding principles. This analysis was complemented with direct and non-participant observations in order to accompany the everyday activities at work at the UAPS and at home visits to users, as well as interviews with the technical staff in order to identify its perceptions concerning work conditions and organization, as well as the contrast between standards and what is actually done at work by means of self

confrontation. Governing structures were also observed by qualifying the relational space and identifying social networks mobilized by the technical staff and users. Lastly, seeking to ponder about users' perception concerning their life quality and the impact of UAPS management on it, a free word association test and a questionnaire made up from joining the model from Metzger et al. (1980) and the one recognized by the WHO (1998). Concerning the exam of the basic structure in the activities developed by the staff, considering its arenas and scenarios, it was possible to infer that the existing dynamics in action strategies adopted by professionals was efficient and aimed to reaching its objectives, generating satisfying assistance to users when compared to ESF demands. Concerning governance practices, it was possible to consider repair and negotiation processes as important group practices despite the contradictory interests present, setting a "decentralized-centralized" management process. Concerning characterization of ESF standards and principles, by checking their applicability in the researched reality, it is evident that professionals' work can be seen as a permanent regulation activity among the determiners of the situation and requirements for tasks in order to obtain the final quality at work. In addendum, analysis of social networks involved in health care has revealed two faces of the same coin: the strength of informal relations and fragility in the relations between State and citizens. Implications in the UAPS management process on life quality for its users have revealed consequences in questions concerning both economic and social aspects. Also, life quality was seen by participants as something not measurable and conceptually multidimensional. We conclude that, under the essence of ESF, assistance offered to the local community has been granting subsidies for obtaining resources pertaining to different areas of life that contribute for improving life conditions for this population.

1 – A TEMÁTICA DO ESTUDO E SUA ABORDAGEM: UMA BREVE APRESENTAÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), na prática, os cuidados em saúde são direcionados equivocadamente em vários países. No caso do Brasil, a Saúde Pública ainda possui entraves políticos e gerenciais, pautados por concepções das quais emergem princípios administrativos, demasiadamente normativos e prescritivos, com ênfase na eficiência da aplicação dos recursos, que acabam se concentrando nos serviços curativos a elevado custo, negligenciando o potencial da prevenção primária e da promoção da saúde, que poderiam evitar até 70% das consequências das doenças (ANDRÉ, 2006; OMS, 2008).

No tocante à limitação dos serviços de saúde, o autor Matus (2001) sugere um planejamento estratégico de especificidade situacional, o qual, por sua vez, aponta a forma da gerência se organizar para suas ações e, para cada ação, pressupõe definir um responsável pela sua execução, controle e avaliação. É uma opção de organização global, com distribuição de funções, responsabilidades e alocação de recursos que contemplem atuações nas esferas política e social. Não obstante à gestão estratégica, cabe também apresentar uma noção de gestão social, a qual, apesar de conceitualmente se defrontar com as normas utilizadas pelo modelo estratégico, contribui para a compreensão da importância da mobilização social que a gestão em saúde pública requer.

Sendo assim, a gestão social contrapõe-se à gestão estratégica à medida que tenta substituir o modelo tecnoburocrático¹ por um gerenciamento mais participativo, portanto, dialógico, o qual se consiste de processos decisórios exercidos por meio de diferentes indivíduos. Dessa forma, a ação dialógica desenvolve-se segundo o agir comunicativo, considerando que não há produção e construção de conhecimentos, tampouco práxis, sem o exercício da dialogicidade (TENÓRIO, 2005).

Segundo Mafra (2007), esse processo somente é efetivado quando as pessoas se interagem, mediatizadas pelo mundo, confirmando o diálogo não somente como contributo, mas como categoria *sine qua non*² do conhecimento. Contextualizando a

¹ O comportamento tecnocrático constitui toda ação social implementada sob a hegemonia do poder técnico ou tecnoburocrático, que se manifesta tanto no setor público quanto no privado, fenômeno comum às sociedades contemporâneas (TENÓRIO, 2005).

² Locução latina que significa: sem o qual não; indispensável; essencial (PRIBERAM, 2014).

gestão social, Tenório (2005) afirma que uma determinada meta só existe se todos os participantes da ação comum admitem sua validade, isto é, consiste de uma promessa de consenso racional e não uma mera relação entre o indivíduo e a sua percepção do mundo, mas sim, um acordo alcançado por meio da discussão crítica, oriunda da apreciação entre os sujeitos.

Assim, nesse processo de gerenciamento mais participativo e dialógico, discute-se a governança, partindo-se de sua definição que, da tradução direta do francês, *gouvernance*, ou do inglês, *governance*, refere-se a um conjunto de iniciativas ou ações que expressam a capacidade de uma sociedade organizada territorialmente para gerir os assuntos públicos, a partir do envolvimento conjunto e cooperativo dos atores sociais, como fonte cooperadora para o desenvolvimento (DALLABRIDA, 2007).

Dentro dos preceitos acima descritos, na área da saúde, a gerência descentralizada e democrática são asserções recentes. Para tanto, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente designado como Estratégia Saúde da Família (ESF), que propõe mudanças no processo de gestão da saúde pública, em substituição à abordagem individual e biologizante fundada na biomedicina.

Tal modelo assistencial, também designado como biomédico, tem como principal marco o Paradigma Flexneriano³, o qual se caracteriza pela atenção à saúde mecanicista (assim como na mecânica convencional, onde uma causa atua em um corpo, levando a uma consequência); biologicista (onde doença e cura sempre se dão na dimensão biológica); individual (o objeto da saúde é um indivíduo, tratado por outro sujeito sem considerar seu contexto ambiental, social e econômico) e especializada, com a tecnificação do ato médico e da medicina reabilitadora, tendo o hospital, o médico, os medicamentos e os procedimentos como protagonistas da prática sanitária (COSTA, et al., 2009).

Portanto, a ESF, no cerne da APS, busca refutar essa concepção ao programar os serviços de forma diferente, priorizando a promoção e proteção à saúde, com foco na família como um todo e no seu contexto de vivência, além de almejar maior envolvimento e participação da sociedade na execução das políticas públicas, por

³ Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report). Este Relatório é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 492 apud COTTA et al., 2013, p. 26).

meio de conselhos e mobilização social, com ações em áreas territorializadas, constituindo o paradigma da Produção Social da Saúde (BRASIL, 2004; COTTA, et al., 2013). Contudo, apesar desse discurso e da evolução do processo da gestão pública em saúde, pesquisas que se referem especificamente à gestão no nível local têm demonstrado que pouco se caminhou sob o ponto de vista prático (MAIA, 2000; SILVA, 2001; SILVEIRA, 2004).

Nesse contexto, a família, mesmo em condições de vulnerabilidade social, tem se tornado referência para as políticas públicas, especialmente após os anos 80, em função das crises ocorridas no país. Ou seja, a família, nas suas mais diversas configurações decorrentes de contínuas transformações, tem desempenhado a imprescindível função de proteção social⁴, principalmente naqueles países, como é o caso do Brasil, onde o Estado de Bem-Estar Social não foi efetivo (MIOTO, 2010). Além disso, com a Constituição de 1988, que ampliou o acesso aos direitos sociais básicos, integrando os princípios de universalidade e integralidade, houve reflexos sobre a qualidade do serviço de atendimento à saúde, em face à escassez de recursos.

Com isso, pressupõe-se que a ação Estatal possua limitações para o alcance de suas finalidades e para o papel que deveria desempenhar na sociedade. Como destaca André (2006), os serviços de saúde possuem um sistema tradicional, centrado no assistencialismo, que por sua vez, é individualista, curativo e fragmentador, com enfoque no intramuros, muito utilizado pela rede pública e que tem se mostrado ineficaz ao longo dos anos, pois muitos indivíduos ou grupos sociais são deixados à margem do acesso aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de que a programação de saúde seja definida a partir da realidade cotidiana de seus usuários, por meio de uma gestão participativa, que se materialize em maior efetividade do serviço e, portanto, melhoria da qualidade de vida dos indivíduos/famílias.

Em função do exposto, é possível considerar pertinente a análise do processo de gestão em saúde pública, sob a perspectiva do estudo do cotidiano. De acordo com Barbosa Lima (1983) e Lima (1996), o interesse pela cotidianidade se dá em função das rápidas transformações ocorridas na sociedade, tanto em termos de

² A família uniu-se ao Estado e ao mercado, compondo uma tríade com a responsabilidade pela gestão dos riscos sociais, principalmente em decorrência das transformações ocorridas no capitalismo, a partir da década de 1970, e pela crise do *Welfare State*. Nessa situação, a família passa a ser revigorada à medida que cresce a ideia da impossibilidade e inoperância do Estado, como provedor de bem-estar, assim como a ideia das possibilidades do mercado e da sociedade civil nesse processo (SARACENO, 1996; ESPING-ANDERSEN, 2000 apud MIOTO, 2010).

organização produtiva, quanto nas novas relações e formas de sociabilidade. Com isso, sua análise mostra a pluralidade de possíveis vivências, suas relações de poder e o lugar dos conflitos e negociações nas práticas do dia a dia.

Portanto, o presente estudo se justifica no intuito de trazer contribuições para a mudança do paradigma biomédico, através de uma pesquisa *in loco*, procurando examinar a dinâmica cotidiana da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Ou seja, buscou-se examinar como se concretiza o processo de gestão local, em termos de suas atividades cotidianas e práticas de governança, buscando contribuir em melhorias para a qualidade de vida da população e, portanto, para a efetividade da ESF, por meio da análise de suas propostas, atividades e resultados.

Para isso, foram traçados os objetivos a seguir.

2 – OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral

Avaliar o processo de gestão da UAPS, no contexto da ESF, a partir das atividades cotidianas desenvolvidas e de suas práticas de governança, bem como sua repercussão sobre a qualidade de vida dos usuários.

2.2 - Objetivos específicos

❖ Examinar a estrutura básica das atividades desenvolvidas pela equipe técnica da UAPS em sua realidade cotidiana, considerando suas arenas⁵ e cenários, práticas de governança e principais redes sociais envolvidas.

❖ Verificar a aplicabilidade dos princípios e diretrizes da ESF na realidade concreta pesquisada, especificamente as normas de funcionamento sobre o trabalho e sua organização.

❖ Analisar as implicações do processo de gestão da UAPS na qualidade de vida das famílias assistidas, a partir de suas próprias percepções.

⁵ Entende-se por arena uma entidade durável e pública, dentro da qual as atividades cotidianas são desenvolvidas, considerando o contexto e a forma da organização do trabalho. Por outro lado, o cenário é visto como uma relação entre pessoas agindo e suas respectivas arenas, no contexto do espaço relacional (LAVE, 1991).

Com a definição dos objetivos específicos, juntamente com a perspectiva metodológica perfilhada, os artigos que compõem esta dissertação foram assim delimitados:

O primeiro artigo se propôs a analisar as práticas cotidianas, sob a óptica das arenas e cenários da UAPS localizada no bairro Palmeiras em Ubá, MG.

O segundo convergiu-se para a descrição das práticas de governança manifestas na realidade concreta da Unidade, em suas relações de poder, conflitos, negociações e concertações.

O terceiro examinou os princípios e diretrizes da ESF, verificando sua aplicabilidade no cotidiano da UAPS “Palmeiras”, a partir da repercussão causada na organização do trabalho e em função das redes sociais mobilizadas.

O quarto ou último artigo verificou as implicações do processo de gestão da UAPS na qualidade de vida de seus usuários, partindo-se de suas próprias percepções.

3 – REVISÃO DE LITERATURA

Mesmo sem a pretensão de exaurir os assuntos abordados nesta seção, cabe aqui discuti-los, devido à representatividade de seus conteúdos, que constituem a base teórica utilizada para as discussões estabelecidas pela presente pesquisa.

3.1 – Processo de Gestão Pública e Social

Para uma discussão sobre o processo de gestão pública e social, é imprescindível reportar-se à principal função do Estado no mundo contemporâneo: que é o de ampliar sistematicamente as oportunidades individuais, institucionais e regionais. Conforme Matias-Pereira (2009, p. 3), ele - o Estado - deve preocupar-se em gerar estímulos para facilitar “a incorporação de novas tecnologias e inovações no setor público, que proporcionem as condições exigidas para atender às demandas da sociedade contemporânea”.

Segundo o autor, numa visão sistêmica, pode-se visualizar o Estado, de um lado, entendido como um ente fictício; do outro lado, a sociedade e, no meio, a administração pública. O Estado, nesse modelo, por meio da administração pública,

tem a responsabilidade de atender às demandas da sociedade, através de serviços públicos de qualidade e transparência. Isso implica dizer que o papel da administração pública é de atuar como uma ponte entre o Estado e a sociedade, visando cumprir adequadamente o seu papel. A administração pública, nos seus diferentes níveis (federal, estadual e municipal), necessita estar bem estruturada, e dessa maneira, atuar com eficiência, eficácia e efetividade em favor da sociedade. Por isso, no processo de gestão, os gestores têm sob sua responsabilidade bens que pertencem à sociedade e cuja gestão deve ser participativa, com elevado nível de compromisso, transparência, ética e senso de justiça.

Para tanto, neste contexto, é importante inserir asserções oriundas do conceito de gestão social, a qual, conforme Tenório (2005) é entendida como o processo gerencial dialógico onde a autoridade decisória é compartilhada entre os participantes da ação (ação que possa ocorrer em qualquer tipo de sistema social - público, privado ou de organizações não governamentais). O adjetivo social qualificando o substantivo gestão é entendido como o espaço privilegiado de relações sociais em que todos têm o direito à fala, sem nenhum tipo de coação. Ou seja, o autor defende uma nova lógica de gestão que pressupõe a solidariedade nos processos decisórios a serem marcados pelo diálogo e concordância racional.

No entanto, é difícil prever uma situação de ausência de conflito nos diálogos, comuns nas sociedades pluralistas, bem como ter na solidariedade um pressuposto recorrente nos processos de gestão social, quando a prática revela se tratar de um produto eventual. Assim, essa nova lógica inverte uma premissa fundamental da gestão organizacional, onde os fins (normalmente econômicos) determinam os meios, para a crença de que os meios (participação e compartilhamento) poderão obter os fins ideais, gerando processos construtivos para uma sociedade participativa e responsável.

A gestão social pode variar de território a território, dependendo da estrutura de governança⁶, com espaços públicos de representação, negociação e concertação, que têm uma relação direta com a ampliação da prática democrática, não só na sua dimensão representativa, mas também a democracia participativa ou deliberativa

⁶ Segundo Kooiman et al (2008), as estruturas de governança são processos interativos ou sócio-políticos entre atores sociais, que buscam estabelecer acordos ou concertos, por meio de ações de conciliação e mediação, com a finalidade de resolver problemas e criar oportunidades. Tais processos de governança resultam de cadeias de interação e/ou interdependência, cada vez mais institucionalizadas (redes sócio territoriais).

(DALLABRIDA, 2007). Ou seja, a gestão social depende do estágio de maturação da articulação entre seus agentes, densidade institucional e inovações coletivas; sendo fundamental, como destacado pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário - MDA (2005), a retenção de quatro princípios: participação, descentralização, democracia e transparência, que podem ser operacionalizados de formas e em etapas distintas.

Nesse sentido, o exercício da cidadania participativa e a indução de políticas públicas descentralizadoras, dependem de iniciativas das gestões sociais inovadoras e audaciosas em torno de uma proposta de boa governança. A ampliação dos direitos políticos e da participação social na formulação, planejamento e gestão das propostas para o desenvolvimento local, funcionam como catalisadores da democracia participativa e provocadores de um aparato legal que a consubstancia (CALLOU; GIANNELLA, 2012).

Enfim, a gestão social exige o comprometimento de todos na execução dos programas e projetos construídos de forma coletiva, que busquem o desenvolvimento do território. Estas ações da gestão pública na execução das políticas devem ser monitoradas pela sociedade, avaliando-se os objetivos, processos e resultados, que corresponde ao controle social (MDA, 2005). Ou seja, como destaca Scherer (2009), esse modelo de gerência na área de saúde incita a necessidade da execução de um processo de corresponsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção à saúde, em que se incluem a gestão e o controle social.

3.2 – Processo de Gestão da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS)

De acordo com Pain et al. (2011), em 1988, a Constituição brasileira reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja política se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. Para administrar essa política descentralizada, os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados no sistema, com participação social e construção de alianças entre os principais atores envolvidos ao nível estadual (bipartite) e federal (tripartite), o que permitiu que um maior número de atores participasse do processo de tomada de decisão política na saúde.

Segundo os referidos autores, o desenvolvimento da política de atenção primária ou atenção básica, como é chamada no Brasil, tem recebido muito destaque no SUS. Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada em programas inovadores, a atenção básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (por exemplo: a assistência especializada e hospitalar), bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos e iniciativas organizacionais, em particular o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), que fizeram parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS. Uma característica inovadora do PSF é sua ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde para que o foco do atendimento se concentre nas famílias e comunidades, integrando a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas.

No entanto, Pain et al. (2011) acrescentam que o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir cobertura universal e equitativa. Consideram que à medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, são criadas contradições e injusta competição entre os setores público e privado, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal *versus* segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde.

Conforme Santos (2010), na prática, a gestão do SUS não conseguiu ser coerente com o seu modelo original que é o da unificação e descentralização das ações e serviços de saúde para entes federativos autônomos; existindo uma pseudo descentralização, considerando a intensa centralização exercida pelo Ministério da Saúde no tocante as atuações dos entes federativos. A referida autora afirma que os entes federativos:

[...] devem organizar seus serviços e executá-los de acordo com milhares de portarias que definem, em minúcia, o gasto com saúde em relação ao dinheiro de origem federal. Não estamos aqui criticando o papel do Ministério da Saúde no tocante a dispor sobre diretrizes, bases, normas gerais sobre o modelo de saúde que deve ser único no país, como é o caso da atenção primária que deve ser considerada e imposta como modelo matricial do sistema de saúde brasileiro. Mas uma coisa é disciplinar o modelo assistencial da saúde; outra é invadir o poder discricionário do administrador, o qual tem permissão para preferir uma metodologia a

outra, de acordo com determinada forma de agir no tocante ao alcance das finalidades (SANTOS, 2010, p.75).

Além disso, as transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira têm levado à transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde, por meio de uma rede de serviços de saúde organizada com fundamentos na atenção básica, de natureza mais abrangente, o que exige uma nova estrutura financeira, uma revisão da articulação público privada; enfim, de uma Política, Planejamento e Gestão mais sustentável, no âmbito político, econômico, científico e tecnológico (PAIN et al., 2011)

Pain e Teixeira (2006) ao realizarem um balanço do estado da arte da área temática Política, Planejamento e Gestão em Saúde afirmaram que a política de saúde corresponde a uma resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos/populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços, que afetam a saúde humana e o ambiente. Assim, incorpora tanto questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), quanto tópicos referentes ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*). Portanto, como destacam os referidos autores:

Política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda o estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (PAIN; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Battesini et al. (2013) comentam a respeito da necessidade de qualificação do planejamento e gestão em saúde, em face à realidade observada, que apresenta fatos preocupantes, tais como: a) de modo geral os diagnósticos de saúde presentes em planos de saúde não guardam muita relação com as propostas de ação, seja por insuficiência de análise ou inércia do sistema de prestação de serviços, como pode ser observado na pesquisa de Coelho e Pain (2005) a respeito do processo decisório e das práticas de gestão na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB.

Além disso, identificaram os seguintes aspectos: práticas de gestão autoritárias; pouca participação da sociedade civil na construção da agenda da instituição;

clientelismo e favoritismo político, dentre outros. Em relação ao planejamento no SUS, o mesmo tende a ser ritualístico e sem compromissos com a ação, isto é, com a solução de problemas, como destaca Pain (2006), ao afirmar que, no caso do SUS, a exigência de formulação de planos pela Lei 8.142/90, a existência de uma infinidade de portarias (normas operacionais, agendas, pactos, etc.) e o uso do planejamento para a captação de recursos acabam favorecendo a adoção de rituais, por meio de um processo de burocratização, que pode levar a certo descrédito do planejamento, adjetivando-o de “teórico” e sem conformidade com a situação prática e concreta; ou seja, a inserção de ações de planejamento nas instituições públicas de saúde tem sido precária, orientada pela produção burocrática de um plano documental, que impede a atenção básica de atingir plenamente seus objetivos, ressaltando o fato de que estratégias como a de saúde da família, ainda são processos em construção (PAIN et al. 2011).

Assim, no tocante à gestão da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), embora deva ocorrer de forma participativa, cabe ressaltar que esse exercício é formalmente atribuído como responsabilidade ao enfermeiro (BRASIL, 2012). Este deverá possuir um perfil de liderança, estando ciente do seu papel de dirigir as atividades para o desenvolvimento de pessoas, conduzindo-as a realizar suas responsabilidades no atendimento à população, ao usuário e à família (CHIAVENATTO, 1999).

De acordo com Ramos e Grigoletto (2011), o bom andamento das ações implementadas cursa paralelamente às atividades assistenciais, reuniões administrativas de equipe, conforme diagnóstico situacional e epidemiológico, visando à definição das necessidades da população em relação aos assuntos que requerem planejamento e execução das atividades educativas, assistenciais e gerenciais.

Portanto, fica evidente a proposição da mudança de lógica quanto ao modelo assistencial e gerencial que passa a demandar a interação e a participação de diversos sujeitos: como os profissionais da Unidade, a comunidade e as lideranças, a fim de que o projeto se assente no atendimento das necessidades de saúde da população da área de abrangência e nas ações intersetoriais para sanarem ou minorarem necessidades (SMS/SÃO PAULO, 2005).

Contudo, o modo de fazer o gerenciamento de uma UAPS em sua realidade cotidiana é inexistente na literatura sobre administração. Essa tentativa é fruto de vivências e observações. Para isso, são necessárias ao gestor as características essenciais a fim de se obter um ambiente de trabalho humanizado, que possibilite o alcance da eficiência e eficácia da assistência prestada aos usuários, em termos da melhoria do bem estar e da qualidade de vida.

Nessa lógica, o papel do gestor é preparar, orientar, estimular e negociar, demonstrando na prática a importância de sua liderança. Nessa perspectiva, a visão do gestor deve ser abrangente, extrapolando os limites da Unidade e privilegiando o que é proposto por esse modelo transversal. Assim, conforme André e Ciampone (2007), embora cada profissional deva executar atividades que envolvam gerenciamento segundo suas especificidades, é importante que conheça os princípios e diretrizes da ESF e como alcançá-los junto aos demais componentes da equipe e à população.

3.3 – Princípios e diretrizes da ESF

A Estratégia Saúde da Família, sob a lógica da atenção primária, se constitui por diversas ações de âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, como também nos determinantes e condicionantes das coletividades (BRASIL, 2012).

Segundo Costa-Neto (2000), a implementação da ESF se dá através de intervenções por meio de cuidados e gestão, de forma democrática e participativa, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Além disso, utiliza tecnologias complexas, variadas e de baixa densidade que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde mais frequentes e relevantes em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o preceito ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (ANDRÉ, 2006).

Assim, a ESF é desenvolvida de forma descentralizada, próxima da vida das pessoas. Portanto, deve ser o contato preferencial dos usuários, configurando a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede pública de atenção à saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MENDES, 1994).

Em suma, conforme constam na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), os princípios e diretrizes que norteiam a ESF foram listados abaixo, cabendo aos gestores, profissionais nas suas atribuições gerais e específicas juntamente com os usuários, efetivarem tais preceitos:

a) Em território adstrito, permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem tal território, sempre em consonância com o princípio da equidade garantido pelo SUS;

b) Possibilitar acesso universal e constante a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, reputados como a porta de entrada e preferencial na rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;

c) Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e do cuidado de forma longitudinal;

d) Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programadas e de demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção;

e) E por fim, estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de

saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e na prática do controle social.

Considera-se que a análise da aplicabilidade dos princípios e diretrizes que norteiam a ESF pode ser efetiva, caso seja examinada a realidade cotidiana do serviço da atenção primária, sua lógica de funcionamento, redes de apoio e práticas de governança.

3.4 – Estrutura da governança

Em princípio, segundo Dorset e Baker (1979), governança é o exercício da autoridade, ou seja, é a maneira como o poder é praticado na administração dos recursos econômicos e sociais de um país, estado, ou município, com o objetivo de promover seu desenvolvimento. A governança é melhor compreendida em termos dos elementos principais que são considerados para descrevê-la como “boa”. Esses elementos seriam: “responsabilidade em prestar contas, transparência, participação, administração de relacionamentos e, dependendo do contexto, eficiência e/ou equidade” (EDWARDS, 2002, p. 52).

Marques (2005), também se remetendo ao conceito de governança, em sua faceta corporativa, refere-se à mesma como uma ferramenta indissolúvelmente unida com *accountability* (responsabilidade em prestar contas). Timmers (2000) trata a governança corporativa no setor público, como governança governamental, definindo-a como a proteção ao inter-relacionamento entre a administração, o controle e a supervisão, feita pela organização governamental, pela situação organizacional e pelas autoridades do governo, visando relacionar os objetivos políticos eficientemente e eficazmente, como também, comunicar publicamente e providenciar uma prestação de contas para o benefício da sociedade.

Kickert (1997), aprofundando ainda mais a discussão sobre governança em âmbito público, a descreve através de um significado mais geral do que o usual e limitado encontrado nos negócios e da interpretação orientada para o mercado, vinda do conceito de administração. Para o referido autor, a governança pública é também relativa à legalidade e legitimidade, mais que um rígido valor de mercado, em que a interação entre o contexto político e o social representa um papel crucial. Assim, a

governança pública é um conjunto de atividades envolvendo a direção de redes complexas em setores políticos da sociedade.

No entanto, Harrison (1998) afirma que há uma diferença crucial entre administração e governança, pois a governança não está interessada em executar apenas o negócio, mas em dar uma direção global, em supervisionar e controlar as ações executivas da administração e em satisfazer as expectativas legítimas pela prestação de contas e regulação, com interesses além dos limites incorporados. Portanto, a governança pública não é somente uma questão de aumento de efetividade e eficiência, mas também de guardar a legalidade e a legitimidade.

Apesar de a governança possuir diversas conotações oriundas de diferentes concepções teóricas, podendo até mesmo contradizer, em alguns pontos, os princípios da gestão social, entende-se que a definição de aspectos específicos, relacionados aos meios, fins e capacidades inerentes à atual proposta de desenvolvimento, nos remete a uma visão de governança que se aproxima dos princípios inspiradores da gerência participativa (CALLOU; GIANNELLA, 2012).

Tendo sido apresentadas algumas reflexões elementares sobre governança, Guerra (2006) aponta que é pertinente ressaltar o aperfeiçoamento desses conceitos, relacionando-os à crescente complexidade das formas de organização social, à pulverização dos interesses e corporações, à multiculturalidade contraditória dos modos de vida aliada à fragmentação e divisão crescente dos poderes decisórios do Estado que, por sua vez, vêm transformando profundamente os modos de ação coletiva.

Para a autora, tal fato advém de certa concepção de gestão da esfera pública que apela à participação dos sujeitos e ao reconhecimento de cada projeto de mudança social, engendrando energias positivas para a mudança dos indivíduos envolvidos nesse processo. Essas formas de gestão surgem como fruto da incapacidade pública em arcar com os custos crescentes da exigência de bens e serviços.

Para tanto, apela-se a parceiros que ambicionam instalar na administração, novas categorias de pensar e de agir, que derivam ao reconhecimento da complexidade crescente e da incerteza das dinâmicas econômicas, sociais e territoriais. Assim, nos contextos decisórios, coloca-se face a face uma grande variedade de sujeitos. Esse jogo estratégico decorre de uma dinâmica de ações de

organizações onde as relações de poder e os conflitos de interesse guiam os comportamentos.

Torna-se fundamental, portanto, identificar os sistemas de relações complexas que se desenvolvem entre sujeitos individuais, instituições e/ou esferas de atividades diferentes, bem como os seus interesses, imagens mútuas e níveis de adesão aos objetivos propostos.

Dentro do contexto apresentado, é possível considerar os processos de concertação e negociação como formas de construção da ação coletiva, partindo do princípio de que a democracia participativa, apesar de ultrapassar algumas contradições da democracia formal, faz emergir um número imenso de novas questões ligadas fundamentalmente às formas de gestão de interesses contraditórios e à indispensabilidade de uma leitura crítica dos interesses hegemônicos.

Portanto, Guerra (2006) ainda defende que não há sistemas que funcionem democraticamente sem certo consenso. A mudança, como exigência permanente de adaptação do sistema (e dos subsistemas) às variações do ambiente e às necessidades de equilíbrio interno, transforma-se em negociação e a necessidade de estabelecimento de consenso torna-se um fenômeno central das sociedades, qualquer que seja o nível a que se coloque. Com isso, considera-se que todas as relações sociais são mediadas por relações de poder, isto é, por relações de trocas desiguais. Todavia, elas comportam uma base de negociação potencial, fato que está no centro dos processos de mudança e reflexividade na construção da vida social.

Segundo Guerra (2006), Callou e Giannella (2012), essa postura teórica, além de incorporar a noção de poder, considerando-a como uma dimensão irreduzível e perfeitamente normal de todas as relações sociais, independente do fato de serem reputadas como conflituosas ou cooperativas, politiza a análise da vida cotidiana.

3.5 – Ponderações sobre o cotidiano

Partindo-se de fundamentos filosóficos, para se analisar questões pertinentes ao dia a dia, é necessário reconhecer que a filosofia buscou reatar as reflexões fragmentárias e os conhecimentos parcelares, nos quais o cotidiano estava inserido como saber subjugado. Por isso, atribui-se à filosofia, “[...] a função de encerrar o projeto de um ‘ser humano’ livre, completo, plenamente realizado, racional e, ao

mesmo tempo, total”, em seu ser e fazer (LEFEBVRE, 1991b, p. 17). Ou seja, pode-se dizer que a filosofia tem seu valor para ser utilizada no estudo da cotidianidade, em consequência de sua capacidade de integrar o homem sujeito desse processo, possibilitando a percepção e reflexão dos fatos que se dão em seu *habitat*.

Ainda no contexto filosófico, embora o autor Lefebvre (1991b) reconheça sua importância para pensar o cotidiano, ele reage contra a atitude de alguns filósofos, que cometem o equívoco de reduzir a cotidianidade ao grau inferior da reflexão e do vivido, como uma mera interpretação da experiência. O autor aponta a tradição filosófica como um meio de edificar barragens através da filosofia, coibindo qualquer projeto de transformação desse mundo. Com isso, segregam-se os fatos cotidianos dos elementos que são considerados mais importantes para as reflexões filosóficas.

Portanto, o estudo do cotidiano, mesmo que de maneira modesta, vem se inserindo gradualmente no campo acadêmico, alternativamente aos estudos realizados em nível macro, em que são priorizadas as grandes estruturas sociais, em detrimento da dinâmica presente no interior dos pequenos grupos, nas inter-relações entre sujeitos, de onde surgem as mais variadas e férteis manifestações de necessidades, desejos e realizações dos indivíduos (CARDOSO, 2010).

Embora essas questões apresentem ambiguidades em termos de sua definição e compreensão, dependendo da vertente teórica em que se baseiam, para vários autores, o mundo cotidiano é compreendido como uma maneira versátil e complexa de pensar e viver a realidade dos indivíduos, em que a realização das atividades se dá de maneira consciente e dinâmica no interior de grupos, sejam eles famílias ou comunidades, recolocando-se, desse modo, o sujeito no centro das discussões (LAVE, 1991; LEFEBVRE, 1991a; BIFANO, 1999, 2007; CERTEAU, 2000).

Portanto, o cotidiano é percebido como repleto de improvisações complexas, em que os sujeitos agem de forma aparentemente corriqueira, embora a atividade cotidiana seja sempre o produto e a reflexão de relações múltiplas, arraigadas aos valores e crenças, da interação entre as pessoas e das condições de produção e reprodução de suas atividades no tempo (BIFANO, 1999).

Desse modo, como afirma Cardoso (2010), o funcionamento cotidiano se constitui nas interações, se desenvolvendo em um dado momento social, histórico e cultural, em determinada situação. Os sujeitos, embora vivam em uma sociedade

onde há uma prévia organização das atividades humanas, são autônomos na determinação das melhores maneiras de gerir suas atividades. A autora ainda afirma que, para haver autonomia na realização das atividades, é necessário que se crie uma unidade inseparável entre a consciência humana e a realização de qualquer ação. Com isso, reforça-se a ideia de que as atividades cotidianas não são meras repetições de ações, e sim um complicado jogo simbólico, em que a mente humana trabalha incansavelmente para alcançar os objetivos propostos no dia a dia dos sujeitos.

Entendendo-se que o cotidiano é complexo e que se constitui por processos de ação e decisão dos sujeitos envolvidos, Cardoso (2010) ainda afirma que é possível pressupor que as formas pelas quais os órgãos governamentais formulam suas políticas e as implementam na realidade concreta dos grupos beneficiados, bem como esses a incorporam de acordo com suas convicções e valores, também é algo complexo. Para entendê-lo, é necessária a compreensão do contexto espaço temporal da realidade cotidiana desse grupo, situando-o, tanto geográfica quanto socialmente, acompanhando como se dão essas interações.

Para tanto, em outras palavras, é plausível se apropriar da realidade cotidiana do trabalho, para compreender como ocorrem essas relações que se dão todos os dias, entre os executores das atividades laborativas e os beneficiados por essas ações. Embora alguns autores contemporâneos afirmem que o trabalho é uma esfera pouco importante na vida social de hoje, muitos intelectuais buscam compreendê-lo, por considerá-lo como categoria essencial para o entendimento das formas de sociabilidade atuais. Segundo Lima (1996), citado por Bifano (2007), esse processo de reflexão procura abordar as questões usualmente tratadas pela sociologia e economia em um nível mais aproximado das experiências vivenciadas pelos trabalhadores durante a realização de suas atividades e no processo de organização laboral.

3.6 – Organização do trabalho e redes sociais

Para antever a repercussão dos princípios e diretrizes da ESF na organização laboral, é preciso subsidiar a compreensão da realidade cotidiana da UAPS, através da abordagem das situações nas quais ocorrem suas atividades (GUÉRIN et al., 2001).

Portanto, essa abordagem tem como pressupostos: (I) a participação voluntária dos sujeitos envolvidos, o que torna o resultado da pesquisa uma coprodução entre participantes e pesquisadores; (II) a investigação do trabalho nos contextos reais onde os sujeitos se inscrevem; (III) bem como a investigação ascendente, isto é, a partir do *savoir-faire* do executor da atividade para os idealizadores da política ou organização (MONTMOLLIN, 1990; LAVILLE, 1993; WISNER, 1994; MENEZES, 2003).

Assim, sua principal característica não consiste numa linearidade de procedimentos. Significa que à medida que as etapas acontecem, o pesquisador, ao deparar-se com os resultados que se sucedem, muitas vezes terá de voltar às fases anteriores para utilizar-se de informações já obtidas. Portanto, esse trajeto metodológico caracteriza-se por idas e vindas do processo de investigação da situação ou problema, sob a base da análise da aplicabilidade que transita do macro-organizacional (neste caso, as prescrições provenientes da ESF) ao micro-organizacional (o efetivamente realizado pelos profissionais na UAPS). É essa flexibilidade procedimental, imposta pelas propriedades do objeto de estudo, que permite apreender e diagnosticar a dinâmica do trabalho, os problemas enfrentados pelos sujeitos, propondo as transformações necessárias através de recomendações (FERREIRA; MENEZES, 2003).

Agora, no que diz respeito ao atendimento, o autor Ferreira (1997) refere-se ao mesmo como um serviço complexo, embora aparentemente simples. Trata-se de uma atividade social mediadora que coloca em cena a interação de diferentes sujeitos em um contexto específico, visando responder a distintas necessidades. A tarefa de atendimento é, frequentemente, uma etapa terminal, resultante de um processo múltiplo que se desdobra em um determinado contexto institucional, neste caso, em uma Unidade de saúde, envolvendo dois tipos de personagens principais: os profissionais atendentes e o usuário.

Conforme o referido autor, esta interface, entre a atividade dos profissionais e a satisfação do usuário constitui o principal centro das atenções para uma análise dos serviços de atendimento. Entender a dinâmica do atendimento e do comportamento de seus interlocutores é compreender as representações de cada um dos sujeitos dessa interseção. A partir dessa compreensão, inicia-se uma fase de produção de conhecimento no sentido de trazer proposições para transformar esse contexto de

atendimento em um cenário em que a satisfação seja equitativa para todos os interlocutores.

Nesse contexto, torna-se relevante explicar sobre as redes sociais, cujo significado é adequado para designar a diversidade de formas organizativas, já que é um conceito também concebido para entender e analisar os complexos mecanismos de interações, descrevendo o acionamento de formas de coordenação apropriadas a dar conta da dinâmica das relações.

Segundo Mercklé (2004, apud PORTUGAL, 2006), as redes podem ser definidas como um conjunto de unidades sociais e de relações diretas ou indiretas, através de cadeias de dimensão variável. As unidades sociais podem ser indivíduos ou grupos de indivíduos, informais ou formais, como associações, empresas, países. As relações entre os elementos da rede podem envolver transações monetárias, troca de bens e serviços e transmissão de informações, que se processam por meio da interação face a face ou não, de natureza permanente ou episódica (PORTUGAL, 2006).

A noção de rede é, por um lado, a noção elementar que se propõe a descrever as dinâmicas entre parceiros, como um feixe de interações, onde, nem as relações, nem as entidades, podem ser classificadas a priori (GUERRA, 2006). Como afirmam Callon et al. (1999), essa noção surge como indispensável a todas as abordagens das formas de organização coletiva, pois serve como parâmetro. Por outro lado, pode significar entidades variadas, que vão desde uma estrutura simples a uma mais complexa, exprimindo formas de coordenação particular de diversos agentes. Vão assim emergindo novos conceitos, como os de parcerias e coligações, além de novas teorizações que tentam analisar a forma como os interesses dos vários grupos sociais se associam, se rompem ou se reestruturam.

Enfim, num ambiente complexo, as redes são o resultado da cooperação mais ou menos estável, não hierárquica entre as organizações que se conhecem e se reconhecem, negociam, trocam recursos e podem partilhar normas e interesses (GUERRA, 2006). Assim, na era da globalização, Haesbaert (2002, p. 26) afirma que “as redes assumem um papel dinamizador, sendo responsáveis por transportar o global ao local e vice-versa, possuindo tanto um caráter técnico quanto social”.

Deste modo, é possível inferir que no acesso aos cuidados de saúde, mecanismos semelhantes se manifestam. Ruivo (1993) identificou em seus estudos

sobre a relação entre os poderes central e local na administração pública, que as redes relacionais constituem, ao mesmo tempo, um mecanismo de defesa dos atores e um instrumento de regulação das funções do sistema. No caso da APS, as redes sociais são um meio de assegurar uma melhoria na prestação de cuidados do meio público, cobrindo falhas no funcionamento do sistema e contribuindo, desta forma, para a melhoria da qualidade de vida da população beneficiada.

3.7 – Reflexão conceitual sobre Qualidade de vida (QV)

A expressão qualidade de vida é muito utilizada em inúmeros discursos acadêmicos, políticos, ideológicos, dentre outros. Porém, conforme Souza e Carvalho (2003), sua definição ainda é imprecisa, não existindo um consenso a seu respeito. Sendo assim, sua ideia torna-se muito abrangente, pois, além de compreender diferentes domínios da vida associados às mudanças cotidianas, também envolve a maneira como o indivíduo interage com o ambiente externo e em relação a ele.

Tal expressão foi aplicada pela primeira vez, em 1964, por Lyndon Johnson, então presidente dos Estados Unidos da América, ao declarar que: “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.” O interesse em conceitos, como “padrão de vida” e “qualidade de vida”, foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. Entretanto, o crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como consequência negativa a sua progressiva desumanização (OMS, 1998, p. 1).

Segundo Minayo et al. (2000), o termo QV envolve significados, que refletem conhecimentos, experiências e os valores das pessoas, em diferentes épocas, espaços e histórias; sendo, portanto, uma construção social. Cebotarev (1994) considera que a QV refere-se às condições necessárias para que as famílias possam alcançar suas necessidades básicas, que são definidas social e culturalmente, em função do ambiente vivenciado, sendo consideradas indispensáveis ao desenvolvimento humano.

Alguns autores enumeram essas necessidades, como é o caso de Lipp e Rocha (1996), Metzen et al. (1980), dentre outros, considerando, por exemplo, que ter qualidade de vida é viver bem, tendo um conjunto harmonioso e equilibrado de

realizações, em diferentes níveis ou áreas, como: social/afetiva, trabalho/profissão, lazer, sexo, família/amigos, desenvolvimento espiritual, educação, habitação, alimentação, segurança e saúde, dentre outras.

Em relação à saúde, antigamente, seus indicadores eram definidos usando apenas parâmetros epidemiológicos, como a ausência ou presença de doenças ou a morte. Esse modelo, conhecido como biomédico, focava o agente etiológico, o processo patológico e biológico, fisiológico e/ou resultados clínicos. Com a mudança no conceito de saúde decorrente dos avanços científicos e técnicos na medicina e a melhoria nas condições de vida, em termos de moradia, higiene e alimentação, a forma de medir também teve que ser modificada (BARBOZA, 2012).

Portanto, esse novo conceito de saúde não considera somente a ausência de doença, mas a relação do indivíduo com o meio em que vive e em relação a si mesmo. Assim, como apontam Canavarro et al. (2005), ter qualidade de vida não significa apenas ter boa saúde física ou psicológica, mas é sentir-se bem consigo mesmo, com o local onde se vive, com a família, os amigos e outras pessoas que o rodeiam, além de envolver estilos de vida saudáveis, cuidado de si, capacidade para realizar as atividades do dia a dia, tempo para atividades de lazer e outros hábitos que o façam sentir-se realizado.

Com isso, pode-se verificar, nas diferentes abordagens conceituais, a multidimensionalidade da qualidade de vida, que contempla fatores tanto objetivos quanto subjetivos, associados às necessidades humanas (FRANCISCO, 2011).

Nesse contexto, foi formulado por Metzen et al. (1980) um modelo teórico de avaliação da qualidade de vida, no qual o nível individual de satisfação não deve abranger somente as condições concretas do ser e viver, mas também, como os indivíduos ou grupos sentem-se com relação aos diversos domínios ou campos da vida, em função de seus espaços físicos e relacionais. Para o referido autor e seus colaboradores, esses domínios são constituídos por elementos específicos ou por aspectos do meio ambiente físico, devendo ser avaliados de forma concreta e subjetiva, considerando tanto sua importância na vida do segmento pesquisado, quanto o grau de satisfação que proporcionam aos membros da família, em função da realidade vivenciada.

Segundo Diniz e Schor (2006), a introdução da QV em estudos na área da saúde pode ter ocorrido devido a três fatores: o avanço tecnológico que propiciou

maiores possibilidades para a recuperação da saúde e longevidade; mudança do panorama epidemiológico das doenças, predominando as doenças crônicas; e a tendência de mudança sobre a visão do ser humano, antes visto como organismo biológico que deveria ser reparado e, atualmente, como um agente social.

Sua avaliação considera o tempo e os recursos necessários para melhorar a saúde em termos individual e populacional. Além disso, é executada através da aplicação de instrumentos, em geral questionários, dirigidos aos próprios pacientes e/ou responsáveis. Ao utilizar esses questionários em outro idioma, há normas de tradução propostas por seus autores, bem como suas propriedades de medida que devem ser demonstradas de forma clara dentro do contexto cultural específico (PETTY et al., 2004).

Reconhecendo a natureza multidimensional da qualidade de vida e a necessidade de debater esse conceito, no intuito de construir um instrumento para a sua avaliação, a OMS criou o *The WHOQOL Group*, formado por estudiosos de diferentes culturas. O grupo propôs uma aproximação conceitual para qualidade de vida com caráter subjetivo, multidimensional e que incluísse elementos positivos (mobilidade) e negativos (dor), sendo proposto como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1998).

Trata-se, portanto, de um conceito amplo e complexo que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente.

4 - O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

4.1 – Tipo de pesquisa

Em virtude da natureza desta averiguação, a abordagem quanti-qualitativa foi eleita como o arcabouço metodológico para sua implementação. Além disso, configura-se como um estudo de caso, uma vez que se propõe a verificar e descrever problemas, fatos ou fenômenos da vida real, observando, fazendo relações e

conexões à luz da influência que o determinado ambiente, em sua singularidade, exerce sobre eles (MICHEL, 2009).

4.2 - Local de estudo, população e amostra

A pesquisa foi realizada no município de Ubá, Minas Gerais, cidade localizada na mesorregião da Zona da Mata Mineira (vide Figura 1). Conforme os dados apresentados no último censo realizado pelo IBGE (2010), o município possui uma população de aproximadamente 101.519 habitantes, havendo 96,1% de residentes no perímetro urbano.



FIGURA 1: Mapa de Minas Gerais com destaque para a cidade de Ubá.

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Ubá (2012).

Conforme informações provenientes da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/Ubá (2012), a cidade conta com quatro hospitais em funcionamento, além de uma policlínica regional. Conta também com um Núcleo Regional de Combate ao Câncer e dezenas de clínicas médicas, odontológicas entre outras, de caráter público ou privado. Além disso, sua rede de atendimento primário à saúde possui cerca de dezoito UAPS, sendo que duas situam-se em zonas rurais.

Dentre esse número mencionado de Unidades, foi selecionada a UAPS “Palmeiras”, por ser uma das pioneiras em seu processo de implantação, constituindo a unidade empírica de análise deste estudo. Esse critério de inclusão foi estabelecido,

pressupondo que o tempo de implantação contribuísse para uma avaliação mais precisa sobre o impacto da Unidade, a partir da perspectiva dos usuários e dos profissionais envolvidos no processo de trabalho e gestão da mesma.

Para satisfação dos objetivos determinados, a população envolvida foi representada pelos 10 componentes da equipe técnica (constituída por enfermeiro, médica, técnicas em enfermagem, atendente e Agentes Comunitários de Saúde - ACS), juntamente com 67 usuários beneficiados pelo serviço, os quais constituem a amostra aleatória estatisticamente significativa da população total⁷ adstrita à Unidade, obtida por um cálculo amostral de população finita, proposto pelo autor Triola (2013).

Cabe ressaltar que os usuários foram abordados de forma aleatória, tanto na UAPS quanto nas visitas domiciliares, abrangendo todos os dias de atendimento, precisamente de segunda à sexta-feira, nos quais as diferentes atividades entre si são distribuídas, conforme rotina previamente estabelecida para o atendimento da demanda pela assistência. Assim, foi possível constituir uma amostra diversificada, a partir de indivíduos em diferentes ciclos de vida que buscaram os serviços oferecidos.

A escolha da Unidade, seus profissionais e usuários, ocorreram em comum acordo com a instância e os sujeitos participantes da pesquisa. Para tanto, todos os envolvidos foram previamente esclarecidos a respeito das características do estudo, conforme previsto pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual preconiza o uso de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de garantir a preservação do voluntarismo dos indivíduos, bem como o sigilo das informações concedidas por eles.

4.3 - Técnicas de coleta e análise dos dados

Para o exame da estrutura básica das atividades desenvolvidas pela equipe técnica da UAPS em sua realidade cotidiana, inicialmente, foi feita uma análise

⁷ O número total de usuários adstritos à UAPS “Palmeiras”, referente a 3752 indivíduos, foi obtido através de informações oficiais cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ubá.

documental para o levantamento do histórico da Unidade, seus objetivos, normas de funcionamento e organização do trabalho, conforme previsto pela ESF.

Em seguida, a observação direta não participante foi implementada, visando o acompanhamento das atividades cotidianas de trabalho, por categoria profissional, tanto no âmbito da UAPS quanto nas visitas domiciliares, através das quais foi possível contextualizar os usuários.

Posteriormente, foi realizada a coleta de dados, por meio de entrevistas, junto à equipe técnica da Unidade, a fim de identificar a percepção dos entrevistados sobre as condições e organização do trabalho, os desvios entre as normas prescritas ou planejadas e o efetivamente realizado. Esse método, denominado de auto confrontação, permitiu comparar o teor das falas dos sujeitos, tendo como parâmetro o que é preconizado pela política pública em questão, bem como a observação realizada (Apêndice A). Assim, foi possível identificar na realidade concreta, a aplicabilidade do que é normatizado pela ESF, além de como o trabalho se organiza e funciona. Além disso, as práticas de governança observadas puderam caracterizar as relações de poder, conflitos existentes, condições de negociação e concertação.

Para identificação do perfil dos usuários (Apêndice B), foram utilizadas variáveis que visaram o levantamento de informações socioeconômicas, passando pelo perfil ocupacional até o familiar; além de qualificar o espaço relacional, por meio da identificação das redes sociais que são mobilizadas pela equipe técnica e usuários⁸, mediante suas necessidades (Apêndice C).

Em seguida, visando ponderar sobre a percepção dos usuários a respeito de sua qualidade de vida e do impacto do processo de gestão da UAPS sobre a mesma, foi-lhes aplicado o teste de associação livre de palavras (Apêndice D).

O referido teste, segundo Machado e Carvalho (2013), permite evidenciar universos semânticos de palavras em determinadas populações. Após essa categorização, foi solicitado que os usuários hierarquizassem as diferentes palavras sobre qualidade de vida, afirmando qual era a associação das mesmas com o serviço prestado pela Unidade.

De forma subsequente, foi aplicado um questionário resultante da conjugação do modelo de Metzger et al. (1980) com o preconizado pela Organização Mundial da

⁸ A identificação das redes mobilizadas pelos usuários se deu, exclusivamente, através das perguntas contidas na parte II do Apêndice B deste estudo.

Saúde – OMS (1998), denominado *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-breve*. Esse questionário possuiu 17 questões, sendo que uma delas foi de caráter geral (conhecimento de qualidade de vida global) e as 16 restantes contemplaram os seguintes campos de conhecimento: físico, psicológico, social e em relação ao meio ambiente (Apêndice E).

Cabe ressaltar que, para o contexto abordado neste estudo, o modelo de Metzger inseriu aos campos já presentes no WHOQOL-breve, questões referentes à habitação, segurança física, renda, alimentação e educação. Assim foi estabelecido, devido ao fato de alguns campos serem enfatizados apenas indiretamente no modelo da OMS.

Enfim, para a análise dos dados quantitativos, foi utilizada a estatística descritiva, por meio de frequências, médias, análises tabulares e gráfica. Na análise das informações qualitativas foi feito uso da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências ao conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Desse modo, é um meio de expressão do sujeito, em que o pesquisador busca categorizar as unidades de texto que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRÉ, A. M. **Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: Percepção do Gestor**. 2006. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARBOSA LIMA, S. A. **Participação Social no Cotidiano**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1983.

BARBOZA, S. M. **Influência da qualidade de vida no controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2**. 2012. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5a. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATTESINI, M.; FISCHMANN, A; WEISE, A. D. Identificação de prioridades em saúde: uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3673-3682, 2013.

BIFANO, A. C. S. **Estudo da Prática Situada – Uma Contribuição Metodológica para Avaliação e Concepção de Produtos**. 1999. 180 f. Dissertação (Mestrado em

Engenharia de Produção) - Faculdade de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

_____. **Um Estudo Ergonômico sobre a “Sistemática de Posicionamento” no Quadro de Concepção e Desenvolvimento de Produto.** 2007. 222 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar.** (Cartilha). 2012a. 89p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/20130124_foco_dezembro_web_2012.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Plano Brasil Sem Miséria.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/cidadania/brasil-sem-miseria/plano-brasil-sem-miseria>>. Acesso em: 1º mar. 2013.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

CALLON, M. et al. **Réseau et coordination.** Paris: Economica, 1999.

CALLOU, A. E. P.; GIANNELLA, V. Uma visão de governança territorial inspirada em princípios de gestão social. In: **Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas.** SEBRAE: Biblioteca Online. 2012. Disponível em: <[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/B5D178BC7BBC2FFE83257A3D005FB694/\\$File/NT000477BE.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/B5D178BC7BBC2FFE83257A3D005FB694/$File/NT000477BE.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2013.

CAMARGO JR., K. R. As armadilhas da concepção “positiva de saúde”. **Physis**, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, p. 63-76, 2007.

CANAVARRO, M. C.; SIMÕES, M.; PEREIRA, M.; PINTASSILGO, A. L. Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um projecto. In: **6º Congresso Virtual HIV-AIDS.** 2005. Anais eletrônicos. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=95>. Acesso em: 22 fev. 2013.

CARDOSO, V. A. S. **Práticas do cotidiano e o Programa Minas Sem Fome: a experiência da padaria artesanal “Mãos de Fibra”.** 2010. 126 f. Dissertação

(Mestrado em Economia Doméstica) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2010.

CEBOTAREV, E. A. Apuntes sobre Aspectos Básicos en. la Calidad de Vida. In: **Mujer, Familia y Desarrollo**. Manizales: Universidad de Caldas. p. 109-138. 1994.

CHIAVENATTO, I. **Gestão de Pessoas, o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

COTTA, R. M. M.; CAMPOS, A. A. O.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D.; MACHADO, J. C.; SILVA, J. S.; SIQUEIRA, R. L.; LEÃO, R. T.; REIS, R. S. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa, MG: Editora UFV/ABRASCO, 2013.

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1373-1382, 2005.

COSTA-NETO, M. M. **Competências para o Trabalho em uma Unidade de Básica de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M. L. S. M.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

DALLABRIDA, V. R. A Gestão Territorial através do Diálogo e da Participação. **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**. V. XI, n. 245 (20), 2007. Disponível em <<http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-24520.htm>> Acesso 15/06/2012

_____. A gestão social dos territórios nos processos de desenvolvimento territorial: uma aproximação conceitual. **Sociedade, Contabilidade e Gestão**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 44-60, 2007.

DE CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. Petrópolis: Vozes, 1994.

DINIZ, D.P.; SCHOR, N. **Guia de Qualidade de Vida**. Barueri: Manole, 2006.

DORSET, P.; BAKER, D. **Webster's new universal dictionary**. London: 1979. Disponível em: <<http://www.webster-online-dictionary.com>>. Acesso em: 28/02/2013.

EDWARDS, M. Public sector governance – future issues for Australia. **Journal of Public Administration**, Australia, v. 61, n. 2, 2002.

FERREIRA, M. C. Marcas do Trabalho e Bem-estar no Serviço de Atendimento ao Público. In: MENDES, A.M.; BORGES, L.O.; FERREIRA, M.C. (Orgs.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Editora UnB – Finatec, 2003.

FERREIRA, M.C. Serviço de Atendimento ao Público: o que é? Como analisá-lo? Esboço de uma abordagem teórica-metodológica em ergonomia. **Revista Multitemas**, Campo Grande, v. 16, n. 5, p.128-144, 1997.

FRANCISCO, A. **Migração e qualidade de vida**: características e fatores determinantes dos processos de evasão dos servidores do IFMG *Campus Bambuí/MG*. 2011. 102 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2011.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Editora Edgar Blucher Ltda., 2001.

GUERRA, I. C. **Participação e ação colectiva**: interesses, conflitos e consensos. São João do Estoril: Princípia, 2006.

HAESBAERT, R. **Territórios Alternativos**. Niterói: EdUFF; São Paulo: Contexto, 2002.

HARRISON, J. J. H. Corporate governance in the NHS – an assessment of boardroom practice. **Corporate governance: an international review**, v. 6, n. 3, p. 140-150, 1998.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

KICKERT, W. J. M. Public governance in the Netherlands: in the alternative to angloamerican “managerialism”. **Public Administration**, v. 75, p. 731-752, 1997.

KOOIMAN, J.; BAVINCK, M.; CHUENPAGDEE, R.; MAHON, R.; PULLIN, R. Interactive Governance and Governability: An Introduction. **The Journal of Transdisciplinary Environmental Studies**. v. 7, n. 1, p. 1-11, 2008.

LAVE, J.; **Cognition in Practice**: Mind, Mathematics and Culture in Everyday Life. Cambridge University Press. Reprinted 1991.

LAVILLE, A. **L'ergonomie**. Paris: PUF, 5ª ed., 1993.

LEFEBVRE, H. **A Vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo: Ática, 1991b.

_____. **Lógica formal, lógica dialética**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991a.

LIMA, F. P. A. **Fundamentos Teóricos da Metodologia e Prática de Análise Ergonômica do Trabalho (A.E.T.)**. Belo Horizonte: UFMG, 1996. Notas de aula.

LIPP, M. E. N.; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**: um guia de tratamento para o hipertenso. Campinas: Papyrus, 1996.

MACHADO, L. B.; CARVALHO, M. R. F. **Construtivismo entre alfabetizadores: alguns reflexos sobre o campo semântico de suas representações.** Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/25/posteres/laedamachadop10.rtf>>. Acesso em: 07 fev. 2013.

MAFRA, J. F. **A conectividade radical como princípio e prática da educação em Paulo Freire.** 2007. 262 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MAIA, C. C. A. **O Gerenciamento como Estratégia de Implementação da Assistência nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Oeste – Belo Horizonte.** 2000. 175 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MATIAS-PEREIRA, J. **Gestão cultural. Especialização em gestão de políticas públicas. Módulo II - gestão pública.** Centro de Educação a Distância da Universidade de Brasília – CEAD/UnB, Brasília, 2009.

MATUS, C. **Entrevista com Matus: O Método PES Franco Huertas.** 3ª impressão. São Paulo: FUNDAP; 2001.

MDA. Secretaria de Desenvolvimento Territorial - **Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável: Guia para o Planejamento**, Brasília, 2005. 63 p. Disponível em <sit.mda.gov.br/biblioteca_virtual/ptdrs/ptdrs_territorio096.pdf>. Acesso em 10/05/2012.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas de sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1994.

MENEZES, W. J. **“Atendimento Presencial em Auto-Atendimento Bancário!?”** Um paradoxo à luz da lógica dos clientes, dos atendentes e dos gestores. 2003. 158 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

METZEN, E.; WILLIAMS, F. L.; SHULL, J.; KEEFE, D. R. **Quality of live as affected by area of residence: I project description.** Columbia: University Missouri, College of Agriculture, Agricultural Experiment Station, 1980. 112 p. (Research bulletin, 1036).

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa em ciências sociais.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e social: um debate necessário. Ciência e saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIOTO, R. C. T. A família como referência nas políticas públicas. In: LENY, A. B. (Org.). **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. cap. 2, p. 51-66.

MONTMOLLIN, M. **A ergonomia**. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Grupo WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

_____. **The World Health Report 2008: primary health care now more than ever**. 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**. v. 40, n. Especial, p.73-78, 2006.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. Saúde no Brasil 1- O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Séries de fascículos em Saúde no Brasil**. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil. Publicado Online 9 de maio de 2011. Disponível em:<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso 08/03/2014.

PETTY, R. E. et al. International League of Associations for Rheumatology Classification of Juvenile Idiopathic Arthritis: second revision. **The Journal of Rheumatology**, v. 31, n.2, p. 390-92, 2004.

PORTUGAL, S. **Novas Famílias, Modos Antigos: as redes sociais na produção de bem-estar**. Coimbra: FEUC, 2006. 740f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2006.

PRIBERAM. Sine qua non. In: **Dicionário da língua portuguesa**. Lisboa: Priberam Informática, 2014. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

RAMOS, L. H. D.; GRIGOLETTO, M. V. D. **Gestão de serviços de saúde**. Curso de Especialização em Saúde da Família - UNA-SUS/UNIFESP, São Paulo, 2011.

RUIVO, F. Estado e poder relacional: a intervenção informal dos governos locais em Portugal. In: SANTOS, B. S. (org.). **Portugal: um retrato singular**. Porto: Afrontamento, 1993; p. 407-437.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista panamericana de salud pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, L. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, N.R.; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 68-86.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-25, 2009.

SILVA, S. F. **Municipalização da Saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticos. 2001. 288 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVEIRA, C. M. **Pesquisa sobre gestão e cultura organizacional na administração pública brasileira**. Disponível em: <http://www.clovis.massaud.nom.br/artigos21.htm>. Acesso em: 20 jan. 2013.

SMS/SÃO PAULO – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Atenção Básica e PSF. **Documento norteador**: compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população. Disponível em: <http://www.santamarcelina.org/aps/Pdf/normas/AMA.pdf>. Acesso em: 17 set. 2013.

SMS/UBÁ – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBÁ/MG. **Plano Municipal de Saúde**. Disponível em: www.uba.mg.gov.br/salvar_arquivo.aspx?cdLocal=2&arquivo={D3BCAE6E-677C-66BD-EA1A-17852A0DB54A}.pdf. Acesso em: 07 jun. 2013.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Revista de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

TENÓRIO, F. G. (Re)visitando o conceito de gestão social. **Desenvolvimento em questão**, Ijuí, ano 3, n. 5, p. 101-124, jan./jun. 2005.

TIMMERS, H. **Government Governance**: corporate governance in the public sector, why and how? The Netherlands Ministry of Finance. 9th Free Public Sector Conference, 2000. Disponível em: <http://www.minfin.nl>. Acesso em: 28 fev. 2013.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 11a. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

WISNER, A. **A Inteligência no Trabalho**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

**ARTIGO I – ANÁLISE DO COTIDIANO DA UNIDADE DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE “PALMEIRAS” EM UBÁ/MG**

ANÁLISE DO COTIDIANO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “PALMEIRAS” EM UBÁ/MG.

1 – RESUMO

Compreende-se o cotidiano como algo complexo constituído por processos de ação e decisão dos sujeitos envolvidos, que interferem na aplicabilidade das políticas governamentais, em função da realidade concreta dos grupos beneficiados. Nesse sentido, é plausível se apropriar das práticas cotidianas do trabalho, para compreender como ocorrem essas relações que se dão todos os dias, entre os executores das atividades laborativas e aqueles que usufruirão de seus resultados. Assim, por meio da análise do conteúdo proveniente da observação direta não participante e das entrevistas com a equipe técnica envolvida na Estratégia Saúde da Família (ESF), buscou-se examinar a estrutura básica das atividades desenvolvidas pelos profissionais de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), em Ubá, Minas Gerais. A observação das arenas e cenários da UAPS mostrou que as atividades cotidianas circunscreveram os contextos socioeconômicos e políticos, com decisões e ações referentes às pessoas e seu ambiente relacional, resultando em melhoria das condições de vida, principalmente dos usuários. Portanto, conclui-se que mesmo com os percalços existentes e os desvios entre as normas prescritas e o efetivamente realizado, o atendimento ao usuário é garantido.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Análise do cotidiano.

2 – ABSTRACT

Everyday life is understood as something complex consisting of action processes and decision of the subjects involved, which interfere with the applicability of government policies according to the concrete reality of the benefited groups. Therefore, it is plausible to assume ownership of everyday work practices to understand how these relationships occur every day between the executors of work activities and those who will benefit from its results. Thus, by analyzing the content directly from non-participant observation and interviews with the crew involved in the Family Health Strategy (FHS), we sought to examine the basic structure of the activities performed by employees of a Primary Health Unit (UAPS), in Ubá, Minas Gerais. The observation of arenas and scenarios with UAPS has shown that everyday activities circumscribed the socioeconomic and political contexts, with decisions and actions related to people and their relational environment resulting in improvement of living conditions, mainly by users. Therefore, it is concluded that even with the existing setbacks and deviations from the prescribed standards and effectively performed, service to users is guaranteed.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Everyday analysis.

3 – INTRODUÇÃO

O cotidiano, conforme se costuma dizer, “é o que ocorre todos os dias.” Portanto, “para o senso comum, no dia a dia nada se passa que fuja à ordem da rotina.” Então, por essa perspectiva, o cotidiano seria o que ocorre quando nada parece acontecer. Porém, só questionando as modalidades que caracterizam ou representam o curso vital do homem, “é possível dar conta de que são nos aspectos banais da vida social que se encontram condições e possibilidades de resistência que alimentam sua própria rotura” (PAIS, 2003, p. 28).

Assim, na medida em que se manifesta toda sua trivialidade, torna-se pertinente “descrever o dia a dia, para mostrar seu duplo caráter, seu processo

decadente e, ao mesmo tempo, sua facilidade de produzir alguma coisa ou um fenômeno, além de sua miséria e de sua riqueza” (LEFEBVRE, 1991a, p. 18).

A avaliação dessa realidade pode ser vista por meio do estudo do cotidiano, quando se procura identificar os componentes do ambiente físico e relacional do grupo envolvido. Lave (1991), ao operacionalizar a Teoria da Atividade, faz referência a duas categorias analíticas, associadas ao contexto espaço-temporal, onde as atividades são históricas e socialmente construídas, que são as arenas e os cenários, elementos característicos do cotidiano.

No presente estudo, a estrutura da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) representa a arena, onde as atividades cotidianas são desenvolvidas, considerando os modos de organização do trabalho. Já a relação entre os indivíduos agindo, compreende os cenários, assim constituindo as atividades laborais implementadas na Unidade, dentro do contexto em que cada uma delas são desenvolvidas.

Para tanto, a equipe técnica faz uso de instrumentos, que são compostos por artefatos, tais como utensílios utilizados nos procedimentos médicos e de enfermagem, além dos esquemas de utilização e estratégias de ação, buscando a interação entre o sujeito e os objetos/resultados da assistência à saúde, que devem se traduzir como na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e/ou famílias.

Assim, o objetivo deste artigo foi identificar a estrutura básica das atividades desenvolvidas pela equipe técnica da UAPS em sua realidade cotidiana, considerando suas arenas e cenários.

4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi realizado na UAPS do bairro Palmeiras, situada no município de Ubá/MG, localizado na mesorregião da Zona da Mata Mineira.

A justificativa dessa pesquisa se dá em virtude da cidade apresentar entraves gerenciais e operacionais na Atenção Primária à Saúde (APS), com problemas caracterizados principalmente pela escassez de recursos humanos, além de agravos em sua estrutura física. Essas informações foram comprovadas pelo relatório do Plano Municipal de Saúde, elaborado para o triênio 2011, 2012 e 2013 (SMS/UBÁ, 2012).

Assim, esta abordagem qualitativa trata-se de um estudo de caso, uma vez que se utilizou da observação direta não participante⁹ e de relatos verbais provenientes das entrevistas, após uma precedente pesquisa documental para levantar os principais objetivos e metas da Estratégia Saúde da Família (ESF), além das atribuições referentes à equipe técnica da UAPS. Buscou-se, assim, verificar a associação ou não, entre o que é preconizado e o que é realizado.

A princípio, através da observação direta não participante, as atividades cotidianas de trabalho foram acompanhadas por categoria profissional dos componentes da equipe, tanto no âmbito da UAPS quanto nas visitas domiciliares, estendendo as observações aos usuários, contextualizando-os. Posteriormente, ocorreram as entrevistas, que tiveram o objetivo de identificar a percepção dos profissionais sobre suas condições de trabalho, bem como detectar suas estratégias de ação realizadas com o propósito de alcançar os objetivos considerados importantes para o andamento das atividades do grupo e, conseqüentemente, a obtenção dos resultados almejados.

As visitas à UAPS ocorreram entre os meses de maio e setembro de 2013, e foram acompanhadas todas as atividades executadas pela equipe técnica, que compreendem os atendimentos aos usuários no âmbito da Unidade, como também, fora da mesma. Faz-se necessário ressaltar que essas atividades são compostas por uma rotina previamente estabelecida, com suas respectivas atribuições a cada membro da equipe técnica. Entretanto, diante de situações inusitadas foi possível observar as reações dos profissionais frente ao inesperado.

Dessa forma, essa realidade pôde ser contemplada por meio do estudo do cotidiano, através da identificação da arena e cenários, que circunscrevem os componentes do ambiente físico e relacional do grupo envolvido com a atenção à saúde.

Conforme discussões fundadas em Lave (1991) há pressupostos de que a ideia de atividade coletiva seja orientada para objetos (podendo ser concretos ou abstratos) e mediada por elementos que fazem a conexão entre os sujeitos individuais e a estrutura social. As atividades humanas, mesmo quando são realizadas

⁹ Na observação direta não participante, também chamada de passiva, o observador toma contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela. Ele permanece oculto ao grupo, atuando como espectador (MICHEL, 2009). Através desse método, foi possível compreender a dinâmica das atividades laborativas de cada membro da equipe e a complexidade das situações vivenciadas entre eles e os usuários.

individualmente, são intrínsecas às práticas estabelecidas, de formas histórica e coletivamente construídas na sociedade, respondendo sempre às necessidades e sendo direcionadas por motivações específicas. Em suma, essa abordagem tem como princípios básicos a unidade entre a consciência e a atividade, orientação a objetos, internalização-externalização, mediação por instrumentos, estrutura hierárquica da atividade e desenvolvimento contínuo (LEONTIEV, 1981; ENGESTRÖM et al., 1999).

Portanto, os dados coletados no presente estudo foram analisados pela sistematização das observações e do conteúdo das falas dos sujeitos participantes durante as atuações em campo.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 - Caracterização da Arena e dos Cenários da UAPS “Palmeiras”

Conforme as realizações das visitas à UAPS foi possível identificar que, embora a mesma não se enquadre aos parâmetros da área física que o Ministério da Saúde preconiza e, de fato, seja uma casa residencial alugada e adaptada para a finalidade de atender aos beneficiários, sua situação é considerada adequada, considerando sua localização em uma planície, o que propicia maior facilidade para o acesso dos usuários ao estabelecimento.

Outra dificuldade certificada diz respeito aos recursos humanos, pelo fato de que a equipe profissional, embora tecnicamente seja a mínima preconizada (composta por enfermeiro, médico, dois técnicos ou auxiliares em enfermagem, um técnico em saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde - ACS), possui um déficit do técnico em saúde bucal e de um ACS. Porém, as atividades inerentes ao serviço realizado pela equipe técnica são estabelecidas sem maiores empecilhos, mesmo havendo essas limitações.

Portanto, o espaço físico em utilização, constitui a arena em questão. Ela possui uma vasta área frontal, com dois portões principais, cercada por muros, além de um grande espaço que se divide em um *hall* (que possui uma pequena varanda) e outra, que serve como garagem. Uma pequena sala próxima às escadas e a duas pias serve para a realização de curativos. Dentro do recinto, em sua parte térrea, há uma

sala, utilizada como a recepção da Unidade, além de outros três quartos (um deles com divisórias) onde funciona as salas de triagem, o consultório médico e a sala de vacinas. A sala de enfermagem fica em um quarto à parte, conforme a planta original da casa. Enfim, há um banheiro que serve tanto para a equipe quanto para os usuários.

No andar superior há uma grande varanda com cobertura e um espaço para limpeza, também com uma pia e um quarto adjacente, onde ficam os materiais da equipe de combate a Zoonoses. Adentrando à outra parte desse andar, há uma cozinha, um banheiro à esquerda e três quartos (um deles, com uma suíte e outro com uma varanda), onde constam um pequeno almoxarifado e um espaço destinado às reuniões e aos ACS. Nas partes externas da casa, entretanto, nos limites de seu terreno protegido por muros, há um grande terreiro com árvores frutíferas, além de uma piscina desativada. Esse espaço não é utilizado, nem pela equipe técnica e nem pelos usuários.

Os cenários referem-se às ações dos sujeitos na arena descrita acima. As atividades exercidas pelos indivíduos nessa arena configuram todo o trabalho de assistência aos usuários, que é compreendido por intervenções que acompanham atividades pré-estabelecidas (rotinas), até a resolução de situações que surgem espontaneamente (ou o que os sujeitos designam como demanda espontânea).

É importante ressaltar que, predominantemente, as ações são realizadas dentro da UAPS, porém, no caso das visitas domiciliares, algumas atividades são estabelecidas no domicílio das pessoas e/ou famílias assistidas. Desse modo, os cenários envolvidos nessa última atividade, referem-se ao local onde os usuários recebem assistência, juntamente com a ação dos mesmos e dos membros da equipe técnica no momento da intervenção.

5.2 – Descrição das atividades cotidianas desenvolvidas

No período de coleta de dados, foram feitas 54 visitas à UAPS “Palmeiras”, onde ocorreu o acompanhamento de todas as atividades realizadas pelos sujeitos componentes da equipe técnica.

Com a observação constatou-se que são desenvolvidas as seguintes ações: acolhimento e orientações aos usuários; atendimentos programados, como consultas

médicas, visitas domiciliares e realização de exames preventivos de câncer de mama e de colo de útero; atendimentos imprevistos (demanda espontânea); realização de procedimentos de enfermagem, tais como: a triagem dos usuários, curativos, vacinação, entregas de receitas renovadas pela médica e de medicamentos, aferição de pressão arterial, entre outros; limpeza da Unidade, realização de reuniões de equipe e do serviço burocrático que, por sua vez, envolve o requerimento para a reposição de remédios e demais materiais, como produtos de limpeza e de escritório.

Das atividades mencionadas acima, as orientações concedidas aos usuários e os atendimentos imprevistos envolvem a participação de todos os componentes da equipe, dependendo das circunstâncias em que ocorram, como, por exemplo, em uma situação que alguém esteja ausente no instante do ocorrido. Entretanto, o serviço específico da médica possui atividades não realizáveis pelos demais profissionais, principalmente em virtude das determinações legais inerentes ao seu exercício profissional.

Sendo assim, as funções desempenhadas por cada componente da equipe são bem estabelecidas, havendo algumas intervenções exclusivas, como as de incumbência médica e a realização de procedimentos de enfermagem pelos profissionais habilitados.

No mais, o enfermeiro, a atendente, as técnicas de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS) se corresponsabilizam por algumas ações uns dos outros, com maior frequência. A zeladora fica com a função exclusiva pela limpeza da Unidade, mesmo trabalhando apenas no turno matinal.

Nos trechos transcritos abaixo, frutos das observações registradas em campo, é possível perceber a prática de determinadas atividades específicas à responsabilidade atribuída a cada profissional (observações V e I), como também, aquela que pode e acaba sendo realizada por outro sujeito que possui suas funções distintas da que realizou naquele momento (observação II).

“A técnica em enfermagem ‘A’ faz a pesagem e a aferição de pressão arterial dos pacientes que vão à Unidade para as consultas médicas. A técnica ‘B’, que compartilha as atividades com ‘A’, saiu para a realização de curativos nos domicílios de determinados usuários, além de outros procedimentos necessários. Constantemente, usuários acessam o recinto onde a técnica em enfermagem ‘A’ se encontra, para pegar medicamentos, entre outros itens que são fornecidos pela Unidade.” (Observação V).

“A atendente coordena a entrada dos usuários em um recinto onde esperam sua vez para a consulta médica. Quando por algum motivo há

desistências, ela realoca os usuários que chegam à Unidade sem consulta agendada ou passando mal. Esses usuários constituem o que chamam de ‘demanda espontânea’”. (Observação I).

“Na ausência momentânea da atendente ou em seu período de almoço, outros profissionais lhe dão cobertura, realizando sua função. Todos participam, com exceção da zeladora e, predominantemente, são as técnicas de enfermagem e determinados agentes comunitários de saúde que ficam em seu lugar.” (Observação II).

Sob a ótica das ações estabelecidas pelos sujeitos, descritas até aqui, as regras existentes dentro da divisão de trabalho da UAPS formam o contexto em que ocorrem as ações que visam o atendimento aos usuários (MAGGI, 2006). Os resultados (ou *outputs*) dessas ações se dão por meio da utilização, pela equipe técnica, de instrumentos (artefatos e esquemas de utilização) ou estratégias de ação, buscando a interação entre o sujeito e os objetos/resultados da assistência à saúde, que anseiam pela melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e/ou famílias.

Assim, a forma de agir dos membros da UAPS corresponde ao foco de análise deste estudo. O devido atendimento aos usuários, com fins de promover a qualidade de vida dos mesmos, é o principal resultado almejado pela equipe e, além disso, o ideal que alicerça as atividades. Todos os utensílios utilizados nos procedimentos, como o aparelho de medição de pressão arterial, as pinças utilizadas durante os curativos, o estetoscópio, a mesa ginecológica, entre tantos outros; bem como as experiências, técnicas e habilidades próprias de cada um, estão envolvidos na busca pelos sujeitos das ações pelo resultado ideal.

O bairro Palmeiras, onde se encontra a Unidade, além das demais comunidades adscritas que também são assistidas pela UAPS, corresponde aos indivíduos/famílias que possuem interesses em comum e compartilham a mesma necessidade e razão das atividades da UAPS, ou seja, um atendimento que lhes traga impactos positivos sobre sua qualidade de vida, mesmo que busquem predominantemente intervenções paliativas. A divisão do trabalho em: acolhimento e orientações aos usuários, atendimentos programados, atendimentos imprevistos, realização de procedimentos de enfermagem, limpeza da Unidade, realização de reuniões e do serviço burocrático, é sinônimo de distribuição horizontal das tarefas entre os membros da Unidade.

As regras existentes da equipe são seus hábitos, normas e convenções, que limitam suas ações e interações dentro do processo em que as atividades são realizadas (DE CERTEAU, 1994). Vale ressaltar que tais regras são influenciadas

pelos parâmetros preconizados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual constam os papéis prescritos para o exercício de cada profissional.

Assim como Rabardel (1995 apud BIFANO, 2007), Maggi (2006) e Cardoso (2010), verificou-se que, embora haja desvios em relação às normas pré-estabelecidas pela política pública em questão, o princípio da cooperação transcende esse conflito entre o que é exigido que seja feito e o que é efetivamente realizado. Com isso, foi possível identificar a heteronomia das ações implementadas, ressaltando não somente os conflitos existentes, como também, a colaboração que cada um dos membros da equipe traz, ao se ajudarem mutuamente na execução das tarefas inerentes à assistência prestada aos usuários.

Porém, mesmo havendo essa cooperação, existe uma hierarquia que é respeitada pelos membros do grupo (MARC; PICARD apud BIFANO, 2007). Nela, o enfermeiro, formalmente, situa-se como o gestor local da UAPS, responsabilizando-se pela prestação de contas de todo o trabalho desenvolvido pela Unidade, conforme a transcrição da fala a seguir: “[...] nosso coordenador, né? O enfermeiro. Ele é que coordena e quem dá tudo (pausa), que dá as ordens e a gente tem que cumpri-las, né? Na medida do possível”. (Relato do Profissional I).

Os demais profissionais ocupam seus lugares conforme suas atribuições, sem colocações em que possam ser comparados uns em relação aos outros, dentro do modelo hierárquico concebido pela ESF.

Contudo, em virtude de conceitos socialmente construídos, refletidos pelos membros da equipe e pelos usuários, certas atribuições são projetadas, principalmente à profissional médica que, além de suas responsabilidades, acaba detendo mais funções (Relato II). Esse fato é evidente pelos atendimentos girarem em torno de suas atividades, em detrimento de outras ações que não são e deveriam ser desenvolvidas, com vistas à promoção e proteção da saúde dos usuários (BRASIL, 2012).

“[...] deparamos com uma situação, uma cultura da comunidade ainda muito na questão do, do médico. Inclusive, nós temos escutado, agora nos últimos dias, que a médica não se encontra, por estar de férias, assim: ‘ah, a médica não está é? Então fecha esse posto que ele não serve pra nada!’ A gente se depara com, com essas falas. Aí a gente observa que, tá ainda muito preso, ainda de fato, a questão da ESF ao médico. [...] É um profissional importante sim [...], é fato [...] mas nem tudo gira em torno dele. Ele é mais um. [...] Busco passar isso para a equipe, sempre, além da questão que eu, eu particularmente, pessoalmente e pela minha

experiência, posso afirmar que, é, a ESF não é só consulta médica, [...] tenho certeza. Minha prática já me mostrou isso. (Relato do Profissional II).

Outra observação importante refere-se a quando algum dos membros da equipe falta ao trabalho. Normalmente, a lacuna aberta pela ausência de alguém é preenchida por outro membro da equipe, sem maiores problemas, com exceção da médica e de algum ACS, pois esses profissionais possuem atividades tão peculiares, que acarretam o fato de não poderem ser substituídos.

Se tratando da médica, isso se relaciona a questões inerentes ao exercício legal de sua profissão, podendo ser substituída apenas por um profissional equivalente. A respeito do ACS, por causa do vínculo que o mesmo estabelece com a comunidade e seu conhecimento sobre a realidade da microárea sob sua responsabilidade, torna-se inviável sua substituição. Entretanto, mesmo assim, os agentes prestam favores entre si, realizando algumas atividades uns dos outros, que sejam de natureza simples, como a entrega de uma receita renovada pela médica em algum domicílio que não pertença às suas respectivas microáreas.

Contudo, de maneira geral, quando alguém substitui outro membro da equipe, a realização das atividades que deixariam de ser executadas são agregadas ao serviço de quem substitui, proporcionando acúmulo de tarefas a serem realizadas posteriormente. No entanto, a assistência ao usuário não é comprometida e isso se dá em virtude da prioridade atribuída por todos ao atendimento. Isso demonstra a iniciativa dos membros da equipe técnica em manter a organização e o processo de trabalho em vigor, com fins de se alcançar o resultado esperado.

Dessa maneira, conforme as ideias apresentadas por Komosinski (2000), as atividades mencionadas anteriormente são realizadas pelos sujeitos envolvidos nesse processo, através de mediações por instrumentos dentro de uma comunidade, sendo que a relação sujeito/comunidade não é direta, mas sim, mediada por regras que podem ser explícitas (normas prescritas) ou implícitas (convenções pessoais e relações sociais).

Assim, as regras relacionam-se aos modos de ser dos sujeitos, seus conhecimentos e formas de ver a vida e o mundo, sua relação com o que propõe a ESF, com as comunidades às quais pertencem e com os sujeitos com os quais interagem, durante todo o processo de trabalho que executam. Portanto, o desempenho dos sujeitos não depende apenas das suas habilidades cognitivas

individuais, mas também das suas relações com as comunidades e com os outros membros do grupo (CARDOSO, 2010).

Considerando o exposto até aqui, através das observações diretas não participantes, foi possível identificar que o cotidiano da UAPS se constitui da execução de um conjunto de tarefas quase sempre desenvolvidas ao mesmo tempo (MAFRA, 2007). Além disso, as ações realizadas, apesar de suas distinções, possibilitam aos sujeitos a construção de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e de interação, não apenas com os equipamentos e insumos necessários às atividades, como também com os demais indivíduos envolvidos no processo, inclusive os usuários (BIFANO, 2007). É importante ressaltar que o contexto no qual as atividades acontecem, por apresentar variações, como a ausência de um ou mais membros do grupo ou a utilização de um instrumento em detrimento a outro, exerce influências sobre o sujeito da ação.

Ao longo do acompanhamento das atividades cotidianas, detectou-se a manifestação de aspectos inerentes à mediação por instrumentos, tanto concretos quanto abstratos, à realização das atividades com o objetivo de alcançar uma assistência de qualidade ao usuário, à construção de conhecimento e, por conseguinte, ao desenvolvimento humano.

Embora os resultados do sistema de atividades sejam construtivos, é imprescindível apontar limitações. A mais significativa, é o fato de haver a necessidade de uma interação mais efetiva por parte dos gestores, responsáveis pela execução dos preceitos da ESF a nível municipal, para com os sujeitos executores desse processo na UAPS. Esse aspecto é corroborado pela seguinte fala:

“[...] a gestão deve ter uma preocupação com nós aqui na ponta, né? De sentar e explicar, conversar, trocar ideias e tudo o mais (pausa). Ter um diálogo, né? Entre o que as portarias, a teoria pede e o que de fato a prática nos apresenta”. (Relato do Profissional II).

Nesse sentido, é necessário que haja uma adequação ao trabalho participativo, permitindo que os implementadores da ESF possam ter acesso às necessidades e limitações dos sujeitos atuantes na Unidade, além do conhecimento da cultura do grupo, sua forma de trabalho, os recursos disponíveis, os objetivos almejados e as dificuldades enfrentadas dentro desse espaço relacional.

O conhecimento mais aprofundado sobre as arenas e cenários da UAPS reforçaria o elo de confiança entre os gestores e a equipe técnica, fazendo com que

sejam alcançados resultados mais efetivos, tanto para a ESF quanto para o grupo estudado, que, por sua vez, mesmo com a existência desses percalços, vem obtendo resultados em relação ao que a estratégia exige, em termos de um atendimento satisfatório aos usuários da Unidade.

6 – CONCLUSÕES

O estudo do cotidiano evidenciou a possibilidade de salientar a realidade do grupo dentro de seu universo relacional, trazendo contribuições para a construção e defesa da inclusão dessa abordagem por aqueles que se propõem a avaliar esse processo desde tal perspectiva.

Assim, foi possível compreender a dinâmica existente através da averiguação das estratégias de ação trabalhadas pelos sujeitos, com vistas ao alcance de seus objetivos. As estratégias que mais se destacaram foram aquelas relativas ao trabalho cooperativo e à troca de conhecimentos, gerando resultados satisfatórios no que tange à assistência ao usuário, em relação às proposições exigidas pela ESF.

Além disso, as ações dos sujeitos foram depreendidas a partir da atribuição aos mesmos, como seres sociais e históricos, devido às interações estabelecidas com outros indivíduos, com as atividades que realizam e com conhecimentos que compartilham entre si, atuando nas atividades da UAPS. Nesse contexto, a compreensão das atividades em sua complexidade foi possível, quando descobertas em seu espaço temporal e sociocultural.

Enfim, constatou-se que a ESF apresenta objetivos e metas que vêm sendo alcançados gradativamente, mesmo havendo dificuldades para a implementação de seus preceitos. Embora haja alguns desvios entre as normas prescritas e o efetivamente realizado, o atendimento ao usuário é garantido.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIFANO, A. C. S. **Um Estudo Ergonômico sobre a “Sistemática de Posicionamento” no Quadro de Concepção e Desenvolvimento de Produto.** 2007. 222 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

CARDOSO, V. A. S. **Práticas do cotidiano e o Programa Minas Sem Fome: a experiência da padaria artesanal “Mãos de Fibra”.** 2010. 126 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2010.

DE CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: artes de fazer.** Petrópolis: Vozes, 1994.

ENGESTRÖM, Y; MIETTINEN, R.; PUNAMKI, R. L. **Perspectives on Activity Theory.** Cambridge: Cambridge University Press. 1999.

KOMOSINSKI, L. J. **Um Novo Significado para a Educação Tecnológica Fundamentado na Informática como Artefato Mediador da Aprendizagem.** 2000. 146 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LAVE, J.; **Cognition in Practice: Mind, Mathematics and Culture in Everyday Life.** Cambridge: University Press. Reprinted 1991. 214 p.

_____. **Lógica formal, lógica dialética.** 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991a.

LEFEBVRE, H. **A Vida cotidiana no mundo moderno.** São Paulo: Ática, 1991b.

LEONTIEV, A.N. "The problem of activity in psychology". In: ERTSCH, J.V. (org.). **The Concept of Activity in Soviet Psychology.** Armonk, N.Y: M.E. Sharpe, 1981, p. 37-71.

MAFRA, J. F. **A conectividade radical como princípio e prática da educação em Paulo Freire.** 2007. 262 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MAGGI, B. **Do agir organizacional: um ponto de vista sobre o trabalho, o bem-estar, a aprendizagem.** São Paulo: Edgard Blücher, 2006.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa em ciências sociais.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PAIS, J. M. **Vida cotidiana:** enigmas e revelações. São Paulo: Cortez, 2003.

SMS/UBÁ – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBÁ/MG. **Plano Municipal de Saúde.** Disponível em: <www.uba.mg.gov.br/salvar_arquivo.aspx?cdLocal=2&arquivo={D3BCAE6E-677C-66BD-EA1A-17852A0DB54A}.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2013.

**ARTIGO II – PRÁTICAS DE GOVERNANÇA MANIFESTAS NA UNIDADE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “PALMEIRAS” EM UBÁ/MG**

PRÁTICAS DE GOVERNANÇA MANIFESTAS NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “PALMEIRAS” EM UBÁ/MG

1 – RESUMO

Mesmo com as diversas conotações de governança, entende-se que a definição de aspectos específicos, relacionados aos meios, fins e capacidades inerentes à proposta de desenvolvimento local, nos remete a um conceito que se aproxima dos princípios inspiradores da gestão social. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi identificar as práticas de governança ocorrentes no dia a dia vivenciado pelos sujeitos atuantes na realidade de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), situada em Ubá, Minas Gerais. Para o alcance do objetivo proposto pela pesquisa, realizou-se o acompanhamento do cotidiano das atividades do grupo, através da observação direta não participante, complementada posteriormente pela entrevista semiestruturada aplicada aos profissionais da Unidade. Os resultados evidenciaram que, além dos conflitos, foi possível considerar os processos de concertação e negociação, como formas de construção do grupo. Constatou-se uma emergência de questões ligadas à gestão de interesses contraditórios, além de uma leitura crítica à imposição de normas e regras “de cima para baixo”, configurando um processo de gestão “descentralizado-centralizado”. Conclui-se que, apesar das relações de poder e dos conflitos de interesses, a assistência aos usuários tem sido efetivada de forma satisfatória, por meio da administração dos relacionamentos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Processo de gestão; Práticas de Governança.

2 – ABSTRACT

The definition of specific aspects related to the means, purposes, and capabilities inherent to the current proposal of local development leads us to a concept that approaches the inspiring principles of social management, even with the various governance connotations. Therefore, this study aims to identify the governance practices occurring in everyday life of people working in a Primary Health Care Unit (Unidade de Atenção Primária à Saúde-UAPS), located in Ubá City, Minas Gerais State, Brazil. To reach the proposed objective of this research, the daily activities of the group were monitored through direct non-participant observation; later, it was complemented by semi-structured interview applied to the professionals of this Health Care Unity. Results showed that it was possible to consider the agreement and negotiation processes as ways of group building in addition to the conflicts. It was found an emergency of issues linked to management of conflicting interests beyond critical analysis of enforcement of rules and regulations “from top to down”. It was concluded that the assistance to users has been carried out satisfactorily by the relationships administration, despite the power relations and conflicts of interests.

Keywords: Primary Health Care; Management process; Governance Practices.

3 – INTRODUÇÃO

Considerando-se a governança como categoria analítica para o entendimento das práticas dos sujeitos envolvidos nesse processo, através das regras e demais aspectos concernentes à sua dinâmica, salienta-se a emergência de compreendê-la partindo-se da realidade onde ocorre, especialmente dentro do sistema da APS.

Mesmo com a abundância de estudos sobre o tema, muitos pontos dessa discussão ainda permanecem obscuros. Com isso, há certa “confusão terminológica” a respeito das possibilidades de incorporação de novas demandas, interações,

processos e regras, que culminam em distintos papéis no debate atual: ora a noção de governança se apresenta como “avanço” e “incorporação de novos sujeitos e demandas sociais”, ora é entendida como objeto dos “interesses transnacionais” e das “agências financeiras internacionais” (IBANHES et al., 2007, p. 577).

A construção das regras constitui uma dimensão importante, uma vez que as concertações entre os sujeitos indicam determinado tipo de organização, comportamentos e condutas. As regras são consequência da interação dos indivíduos, em suas distintas posições, inserções, recursos ou interesses influenciados pelas circunstâncias que determinam e explicam o tipo de relação ou interação predominante em dado momento.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi identificar as práticas de governança (relações de poder, conflitos, negociações e concertações) ocorrentes no dia a dia vivenciado pelos sujeitos atuantes na realidade da UAPS “Palmeiras”.

4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo de caso foi desenvolvido a partir da abordagem da equipe técnica e dos usuários da UAPS “Palmeiras” em Ubá/MG, compreendendo a população desta pesquisa. A equipe constitui-se de enfermeiro, duas técnicas em enfermagem, uma médica, cinco ACS, uma atendente e uma zeladora. Além desses sujeitos, os usuários também foram abordados aleatoriamente, ao acessarem a Unidade durante o período de coleta dos dados.

Para o alcance do objetivo proposto, realizou-se o acompanhamento do cotidiano das atividades do grupo, por um período de aproximadamente quatro meses, através da observação direta não participante, complementada posteriormente pela entrevista semiestruturada aplicada aos profissionais atuantes na UAPS, com exceção dos usuários.

Esse procedimento foi adotado, pressupondo que as práticas de governança fossem predominantes entre os componentes da equipe técnica em exercício na Unidade, propiciando, através dos dados obtidos pelas entrevistas, maiores informações que pudessem ser relacionadas com o que fora observado. Portanto, os usuários foram contemplados somente pela observação direta não participante, tendo

sido possível integrá-los aos processos estudados, os quais caracterizam o espaço relacional onde ocorrem as atividades.

Enfim, em virtude da natureza qualitativa dos dados, o conteúdo das observações e das entrevistas foi transcrito e subsequentemente analisado de forma sistematizada, conforme análise proposta por Bardin (2011).

5 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período de coleta de dados, conforme as visitas à UAPS “Palmeiras” se estabeleciam, houve o acompanhamento das atividades realizadas pelos sujeitos componentes da equipe técnica, como também, da participação dos usuários em todos os processos ocorrentes.

Com as observações, constatou-se que são desenvolvidas ações que circunscrevem desde o acolhimento e orientações aos usuários que chegam à Unidade, como também os atendimentos programados e demanda espontânea, passando pela realização de procedimentos médicos e de enfermagem, até a limpeza da Unidade e a realização de reuniões de equipe e do serviço burocrático.

Das atividades mencionadas acima, a maioria envolve a participação de todos os componentes da equipe, dependendo das circunstâncias em que ocorram, como, por exemplo, em uma situação que alguém esteja ausente no instante do ocorrido, desde que a atividade seja realizável por outro profissional que não seja o responsável primário pela mesma. Essa colaboração entre os profissionais é corroborada pelas falas a seguir: “Na recepção é até fácil, né? Porque a gente desloca um ACS pra lá, pra cobrir a portaria, não tendo problemas.” (Relato do Profissional III).

“[...] mesmo não sendo nossa atribuição [...] existe coisas que a gente pode tá fazendo sim, a gente faz. Por exemplo: entregar um encaminhamento médico que chega marcado, se algum dos outros ACS estão de férias ou de atestado ou faltou, alguém se encarrega de ir e de fazer isso aí [...] e as vezes aí a gente vai na microárea dessa pessoa.” (Relato do Profissional IV).

Entretanto, alguns profissionais possuem incumbências restritas somente ao seu exercício. É o caso do serviço médico e de enfermagem, os quais, por termos legais e também pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), possuem atribuições específicas. Esses limites são percebidos e acatados pelos outros

profissionais que, mesmo que se disponham a realizar algumas tarefas que não sejam de sua responsabilidade, sabem o que podem e o que não podem fazer, conforme relatado por um membro do grupo:

“Quando a atendente tem necessidade de faltar, obviamente alguém vai ficar pra ela ali na recepção. É uma outra função, mas não tem problema. Agora, uma outra função [...] que é do enfermeiro, das técnicas e da médica, nós não temos condição de tá substituindo.” (Relato do Profissional VI).

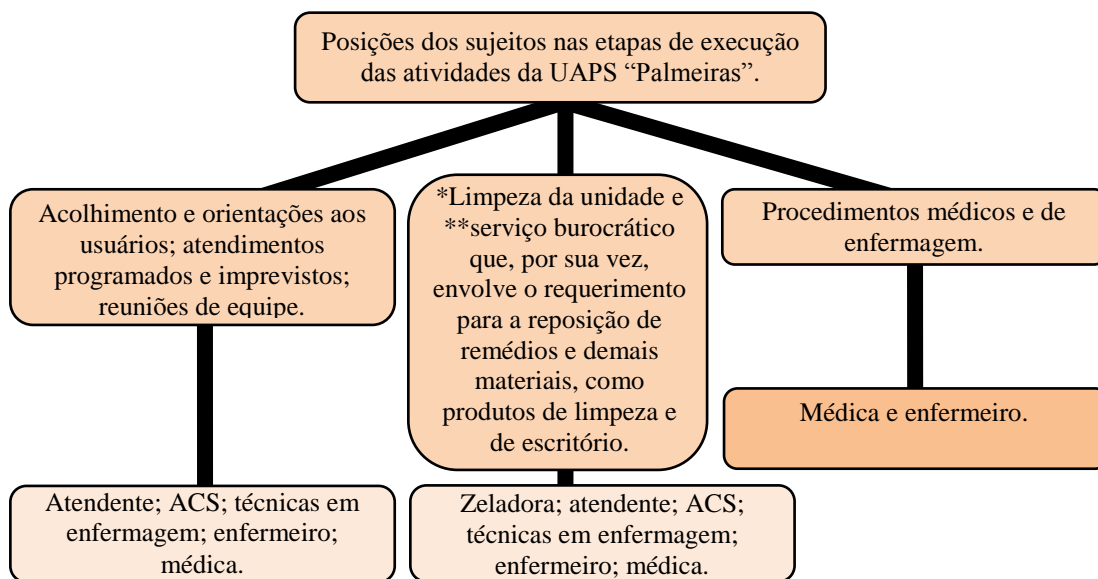
Isso denota, pela ótica das práticas de governança, que no âmago dessa equipe há relações de poder entre seus membros. Embora unanimemente eles tenham relatado que não veem tal fato como algo negativo e, mesmo admitindo haver uma estrutura hierárquica que reflete na organização e divisão do trabalho (vide a Figura 1), os membros do grupo salientaram o espírito de equipe que possuem. Isso fica claro, pelo que consta na observação anotada em campo, além da seguinte fala transcrita abaixo:

“O enfermeiro, de forma dinâmica, interage com outros profissionais da equipe técnica, viabilizando os atendimentos conforme as necessidades dos usuários. Dessa forma, ele agiliza o processo de atendimento, para iniciar uma reunião com os gestores do Programa de Saúde Mental do Município.” (Observação XI).

“É, aqui na nossa equipe, né? O responsável é o enfermeiro né? Mas é igual a gente já comentou, não tem uma coisa assim: ele é o chefe, depois abaixo dele sou eu, ou é Fulano ou é Ciclano. Eu acho que é uma equipe bem interagida, que cada um sabe seu lugar e o seu papel dentro da equipe né? [...] Aqui todo mundo é um pelo outro.” (Relato do Profissional X).

Porém, mesmo com a cooperação existente para o desenvolvimento das atividades, Callou e Gianella (2012) afirmam que não há uma situação de ausência de conflitos nas interações provenientes do processo de trabalho em equipe, principalmente em relação com os usuários do serviço, conforme a presente pesquisa aborda especificamente. Isso se dá em virtude da prática se revelar como um produto eventual, repleto por imprevistos e improvisações.

Essa visão é compartilhada por Guerra (2006) ao apontar a importância da inclusão da análise dos conflitos no cotidiano do trabalho, de forma a evitar equívocos de conclusões demasiadamente consensuais a respeito das ações implementadas nesse âmbito. Para a referida autora, a instabilidade dos comportamentos é considerada normal, acentuando-se o caráter contraditório e complexo da maneira de agir dos indivíduos envolvidos nesse processo.



*É de incumbência da zeladora, entretanto, por ela se ausentar muitas vezes do trabalho, alegando problemas de saúde, quando não é imediatamente substituída por outro profissional de função equivalente, suas atividades acabam sendo executadas de forma compartilhada entre os demais componentes da equipe.

**É de incumbência do enfermeiro, porém, no intuito de agilizar o processo, ele delega algumas tarefas inerentes a essa atividade a outros profissionais, no intuito de evitar atrasos no cumprimento das metas estabelecidas em prazos comumente mensais.

FIGURA 1: Organograma das posições dos sujeitos nas etapas de execução das atividades da UAPS “Palmeiras”, Ubá/MG, 2013.

FONTE: Dados da pesquisa, 2013.

Assim, essa realidade pôde ser observada através de relatos em reuniões, as quais ocorrem rotineiramente todas as semanas, com a intenção de propiciar um espaço democrático para o diálogo entre os profissionais componentes da equipe. Além do que fora apreendido pelas observações, é importante salientar que todos os sujeitos entrevistados enfatizaram percalços dos conflitos inerentes a questões ligadas aos usuários, que refletem no atendimento aos mesmos. Por outro lado, não foram identificados conflitos entre os profissionais, prenunciando a proatividade do grupo.

As transcrições a seguir, demonstram as asserções anteriormente mencionadas:

“Através de informações compartilhadas, a reunião é conduzida. [...] Vários pormenores são discutidos e, previamente, os conflitos vivenciados são colocados pelos participantes da reunião. Predominam-se argumentos ligados à insuficiência de vagas para consultas especializadas, as quais são muito solicitadas pelos usuários, além de outros problemas estruturais que dificultam o atendimento de qualidade que os sujeitos

componentes da equipe técnica almejam e fazem questão de enfatizar em suas falas.” (Observação XI).

“O meu principal conflito é com os usuários. [...] Não conflito assim, de briga, né? [...] O meu conflito às vezes, é, eu não posso fazer tudo o que eles me pedem, que é uma área muito necessitada e, assim, eu não tô conseguindo dá conta, não sei que estratégia fazer, [...] não tem como [...] resolver o problema de todos de uma vez só.” (Relato do profissional VIII).

Outra questão negativa apontada por muitos dos entrevistados foi com relação aos responsáveis pela gestão da APS municipal, os quais situam-se em níveis hierárquicos superiores. Assim, argumentaram sobre as prescrições que foram percebidas como imposições “de cima para baixo”, as quais enfatizam, por exemplo, a construção de mais UAPS ao invés da melhoria das condições das já existentes. Este resultado corrobora o que Cotta et al. (1998, p.18) afirmam em seu estudo, onde chamam atenção para uma forma vigente de “administração, centrada na vontade dos dirigentes” que acabam desconsiderando os que atuam na realidade local:

“Eu acho que tá se preocupando muito às vezes em quantidade né? Fazer várias Unidades de Estratégia de Saúde da Família, mas a que preço? Porque as que já estão, não tão dando conta, porque não tem uma estrutura boa. [...] Mas eu acho que eles (os gestores) também sempre esbarram em uma parte que é acima deles, tem sempre alguém acima, né? Então eles vão até onde eles podem também, mas chega uma hora que não depende mais deles [...] é de cima pra baixo que tem que funcionar.” (Relato do Profissional X).

Assim, os componentes da equipe técnica reconhecem que determinadas limitações também não dizem respeito somente aos gestores municipais, como questões ligadas a problemas na estrutura física das Unidades, desde a falta de equipamentos e de um ambiente planejado que atenda ao tipo de atendimento, até a escassez de recursos humanos, havendo muitas equipes atuando em condições que propiciam insalubridade e sobrecarga devido ao comprometimento dos serviços prestados.

Portanto, as principais limitações apontadas pela equipe técnica se referem à escassez de assistência à UAPS, no que tange à presença desses gestores na Unidade, vivenciando a realidade juntamente com eles para que haja uma prática dialógica a respeito do que fazer para adequação do atendimento:

“Outro conflito gira-se em torno da relação com a gerência, [...] no caso, com a chefia imediata, a coordenação das ESF, desde a questão de, por exemplo, não ter um contato com eles muito fácil. [...] Acho que faz falta, a coordenação tem que tá presente pra sentir, pra ver a realidade. [...] Porque com isso, talvez, algumas imposições, ou não seriam impostas ou

seriam um pouco mais 'leves'. Não seriam tão pesadas como às vezes eles fazem.” (Relato do Profissional II).

Com isso, é possível inferir que conforme o teor dos depoimentos anteriores e, de acordo com as ideias de Marc e Picard (2000, 2003 apud BIFANO, 2007), os indivíduos se relacionam comparativamente a partir de posições (com suas respectivas atribuições). A partir dessa sistemática se constroem as relações, que, além de necessitarem de coordenação para que se dirijam ao alcance dos objetivos acordados, podem assumir naturezas distintas, como competição, cooperação e colaboração.

Em suma, o conteúdo dos argumentos dos entrevistados salienta a produção quantitativa preconizada pelos gestores, em detrimento das questões intrínsecas à natureza da prestação do serviço da Unidade, retratando uma realidade para a qual, ao menos ideologicamente, a ESF propõe mudanças, no intento de romper o assistencialismo curativo e fragmentador na saúde. Contudo, há de se ressaltar que essa iniciativa ainda está em processo de implantação, considerando, conforme as proposições fundadas na gestão social, que a reorganização da lógica da APS no Brasil e, conseqüentemente, em Ubá, se dará mediante maior corresponsabilização dos diversos sujeitos que devem participar desse processo.

Entretanto, assim como Guerra (2006) pôde observar em seus estudos, os argumentos apresentados pelos sujeitos desta pesquisa não eximem os conflitos de colaborarem para o aperfeiçoamento das ações às quais eles têm se proposto a realizar, visto que isso não foi verbalizado quando entrevistados.

Além dos conflitos, típicos de quaisquer relações sociais, assim como as inerentes ao trabalho, manifestam-se também as negociações e concertações, elementos fundamentais para o estabelecimento de consenso entre os sujeitos das ações.

A fala transcrita abaixo comprova as afirmações antecedentes:

“Com o passar do tempo, a gente aprendeu a trabalhar em equipe. Que antes, a gente não sabia. [...] Hoje não [...], eu vejo isso (as negociações) como algo muito normal entre nós da equipe. [...] As negociações com os usuários é mais complicado, né? Por exemplo: às vezes eles exigem determinadas coisas que a gente não tem jeito de cumprir. Mas entre nós aqui, isso é tranquilo. Sempre chegamos a um consenso.” (Relato do Profissional IV).

Enfim, conforme o contexto apresentado por este estudo, esse processo de concertação ocorre tanto entre os componentes da equipe técnica, quanto entre os

mesmos e os usuários da Unidade. Portanto, pelo que fora auferido pela pesquisa em campo, as negociações e concertações são estabelecidas praticamente de forma simultânea, revelando uma estreita relação entre si, embora esse processo seja mais complexo em relação aos usuários.

6 – CONCLUSÕES

As práticas de governança no contexto da realidade da UAPS “Palmeiras”, estão sujeitas às relações de poder entre os membros de sua equipe técnica, percebidas como inerentes ao processo decisório. Embora esse fato não tenha sido considerado como entrave para a realização das atividades, isso não coibiu a ocorrência dos conflitos no cotidiano do trabalho, principalmente entre profissionais da equipe de atendimento e usuários da Unidade.

A existência dos conflitos deriva-se da tentativa dos indivíduos em dar sentido ao seu agir, atuando como sujeitos de suas ações e assim, produzindo novos significados face às suas interpretações particulares.

Tais situações de conflitos são mediadas pelos processos de concertação e negociação, como formas de construção do grupo, verificando que há uma emergência de questões ligadas à gestão de interesses predominantes e contraditórios, além de uma leitura crítica dos interesses impostos “de cima para baixo”.

Enfim, mesmo com a situação de conflituosidade que emerge em condições de precariedade, a assistência aos usuários tem sido efetivada de forma satisfatória, em função das negociações e concertações dos sujeitos em suas práticas cotidianas.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

CALLOU, A. E. P.; GIANNELLA, V. Uma visão de governança territorial inspirada em princípios de gestão social. In: **Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas**. SEBRAE: Biblioteca Online. 2012. Disponível em: <[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/B5D178BC7BBC2FFE83257A3D005FB694/\\$File/NT000477BE.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/B5D178BC7BBC2FFE83257A3D005FB694/$File/NT000477BE.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2013.

COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. **Descentralização das políticas de saúde:** do imaginário ao real. Viçosa: Editora UFV, 1998.

GUERRA, I. C. **Participação e ação colectiva:** interesses, conflitos e consensos. São João do Estoril: Príncípia, 2006.

IBANHES, L. C. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

**ARTIGO III – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA E REDES SOCIAIS ATIVADAS NO CONTEXTO DA UNIDADE
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “PALMEIRAS” EM UBÁ/MG**

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E REDES SOCIAIS ATIVADAS NO CONTEXTO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “PALMEIRAS” EM UBÁ/MG

1 – RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar as normas da Estratégia Saúde da Família (ESF), verificando, por meio da análise do cotidiano, sua aplicabilidade, especificamente na organização e funcionamento do trabalho, além da identificação das redes sociais ativadas nesse processo. O contexto organizacional onde se realizou esta pesquisa refere-se à Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) “Palmeiras”, em Ubá, Minas Gerais. Para o exame das atividades, partiu-se da análise documental sobre os preceitos da ESF, passando pela observação direta não participante, visando o acompanhamento das ações e, enfim, entrevistas para auto confrontação, verificando-se os desvios entre as prescrições e o trabalho realizado, bem como as redes sociais mobilizadas pelos profissionais e usuários. Resultados mostraram que, embora os princípios e diretrizes da ESF se apliquem aos procedimentos técnicos dos profissionais, predominam-se práticas adquiridas ao longo de suas experiências. Nesse contexto, suas representações construídas na prática, constituem uma ferramenta imprescindível para garantir-lhes a qualidade final do trabalho, também almejada pela política pública em questão: que é a assistência aos usuários. Contudo, a análise do papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde revelou a força das relações informais e a fragilidade da relação entre o Estado e os cidadãos. Conclui-se que o trabalho dos profissionais pode ser concebido como atividade de regulação entre os determinantes da situação, as exigências das tarefas e o seu bem-estar. Com isso, pode-se inferir, pela coadunação dessa pretensão dos profissionais e da ESF, que essa meta em comum se traduz na aplicabilidade da própria política.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Diretrizes Técnicas; Redes Sociais.

2 – ABSTRACT

This study had the objective of characterizing the standards for Family Healthcare Strategy (Estratégia Saúde da Família – EFS) by verifying through everyday analysis its applicability, specifically in work organization and functioning, as well as identification of activated social networks in this process. The organizational context in which this research took place refers to a Primary Healthcare Attention Unit (Unidade de Atenção Primária à Saúde – UAPS “Palmeiras” in the town of Ubá, located in Minas Gerais, Brazil. For examining each activity, a documental analysis took place about ESF precepts and going through direct, non-participant observation aiming to follow actions and, finally, interviews for self-confrontation, checking general differences between prescriptions and what was actually done, as well as the social networks mobilized by professionals and users. Results have shown that although the ESF principles and standards are applied to professionals’ technical procedures, practices acquired throughout their own experience were predominant. In such context, its practically constructed representations are a very necessary tool to guarantee them final work quality, which is also the objective of the public politic in question, that is: assistance to users. However, analysis of social network roles in healthcare access has shown the strength of informal relations and fragility in the relation between the State and citizens. It is concluded that professionals’ work may be conceived as a regulation activity among situation determiners, task demands and their own well-being. Thus, it is possible to infer, based on professionals’ and ESF’s pretensions, that such aim in common translates itself in applying the politic itself.

Keywords: Health Public Policy; Technical Standards; Social Networking.

3 – INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, o planejamento do setor saúde passa pelo crivo dos processos políticos decisórios, a fim de garantir a governabilidade e viabilidade dos

princípios e diretrizes dessa área. Portanto, essa tendência tem possibilitado à realidade brasileira, uma mudança gradual da administração pública burocrática, compreendida como rígida e ineficiente, para uma administração pública gerencial e eficaz, considerando o cidadão; buscando, assim, atender suas necessidades, além de se fundamentar na confiança e na descentralização das decisões, exigindo formas mais flexíveis de gestão (SARAIVA et al., 2003).

Nesse sentido, é imprescindível a ampliação de avaliações das políticas públicas de saúde, visando não apenas os métodos concernentes aos aspectos quantitativos na abordagem das mesmas, mas também, caminhos que possibilitam contemplar os diversos campos da intervenção social. Para tanto, vale ressaltar a natureza qualitativa dessa forma de avaliação, cujo interesse pelos usuários dessas políticas toma a cena, evidenciando a importância existente nas vivências desses sujeitos (CARDOSO, 2010).

Assim, dentre as várias políticas de abrangência nacional, encontra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual, por sua vez, visa à reorganização da atenção primária no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). É tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação dos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária, favorecendo a reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Considera-se que a abordagem do dia a dia se revela como algo fundamental no contexto desta problemática, uma vez que é nela que se manifestam as necessidades, os interesses e as aspirações dos sujeitos inseridos nessa realidade, de forma a possibilitar a contemplação dos intuítos governamentais, por meio da política pública em questão, e dos interesses dos próprios sujeitos envolvidos, que procuram meios mais eficazes de executar suas ações em relação ao que lhes é exigido.

Com isso, este estudo teve por objetivo verificar a aplicabilidade dos princípios e diretrizes da ESF, na concretude da realidade de uma UAPS, especificamente nas normas de funcionamento do trabalho e sua organização, além da identificação das principais redes sociais ativadas nesse processo.

4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O contexto organizacional onde se realizou o presente estudo de caso refere-se ao âmbito de trabalho da UAPS “Palmeiras”, em Ubá/MG.

Para o exame da estrutura básica de suas atividades, inicialmente, partiu-se de uma pesquisa documental¹⁰, para o levantamento de informações pertinentes ao histórico da Unidade, assim como seus objetivos, normas para o funcionamento e organização do trabalho, conforme previsto pelos preceitos da ESF.

Em seguida, baseando-se no que fora obtido pelos documentos, foi feita a observação direta não participante¹¹, visando o acompanhamento das atividades cotidianas de trabalho, por categoria profissional dos componentes da equipe técnica, tanto no âmbito da UAPS, quanto nas visitas domiciliares.

Posteriormente, através da gravação de entrevistas pautadas por um roteiro semiestruturado, abordou-se a percepção dos 10 profissionais atuantes na Unidade, indagando-os sobre suas condições e organização de trabalho, os desvios entre as normas prescritas ou planejadas e o efetivamente realizado. Esse método, denominado auto confrontação, permitiu comparar o teor das falas dos participantes com o que é preconizado pela política pública em questão, bem como pelo que fora observado in loco. Com isso, conforme Dounis et al. (2012), os aspectos subjetivos do trabalhador são desvendados, lhe proporcionando a oportunidade de refletir e resignificar a sua atividade em co-análise com o pesquisador.

No que tange às redes sociais mobilizadas pelos profissionais e usuários da UAPS, ambas as partes foram contempladas por perguntas abertas sobre o assunto, seguindo a mesma perspectiva metodológica utilizada nas etapas descritas anteriormente. As respostas dos profissionais foram gravadas junto com o conteúdo das demais perguntas especificamente dirigidas a eles. Já o conteúdo das respostas dos usuários foi registrado por escrito no ato da abordagem dos mesmos. Esse critério foi estabelecido para abreviar o tempo de análise dos dados, considerando o número de usuários entrevistados associados aos componentes da equipe técnica.

¹⁰ Corresponde à consulta de documentos e registros pertencentes ao objeto de pesquisa estudado, para fins de coletar informações úteis para o entendimento e análise do problema. Faz parte do processo de conhecimento e identificação do problema, sem o qual a busca da solução será inócua e sem eficácia. A escolha do tipo de documento a ser consultado será feita com o propósito de ampliar as informações sobre o objeto de interesse e em função de sua importância para a análise e interpretação dos dados da pesquisa (MICHEL, 2009).

¹¹ As observações foram registradas através de notas de campo, de maneira organizada, especificando quem estava sendo observado e quando, através da identificação de data e horário.

Para o cálculo amostral do número total de usuários assistidos pela Unidade, foi utilizada a seguinte fórmula de natureza estatística proposta por Triola (2013), para determinação do tamanho de amostra para tal população finita:

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z\alpha/2)^2}{(N-1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z\alpha/2)^2}$$

Onde:

N= Tamanho da população adstrita à UAPS Palmeiras;

n = Número de indivíduos da amostra;

$Z\alpha/2$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado, aqui estabelecido em 90%, sendo, portanto, um valor tabelado correspondente a 1,65;

$\sigma^2 = p \cdot q$, onde p = Proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria a ser estudada, aqui estabelecida em 0,5, enquanto q (1-p) = Proporção populacional de indivíduos que não pertencem à categoria a ser estudada, aqui calculada em 0,5;

E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa, aqui estabelecida em 0,1 ou 10%.

Assim, conforme os cálculos, o tamanho da amostra de usuários foi de:

$$n = \frac{3752 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot (1,65)^2}{3751 \cdot (0,1)^2 + 0,5 \cdot 0,5 \cdot (1,65)^2} \quad \text{logo: } n = 66,867, \text{ ou seja, } n = 67.$$

Além disso, cabe ressaltar que os usuários foram abordados aleatoriamente, tanto na UAPS quanto nas visitas domiciliares, abrangendo todos os dias de atendimento, nos quais as diferentes atividades entre si são distribuídas, em função da rotina previamente estabelecida para atendimento da demanda pela assistência. Assim, foi possível alcançar uma amostra diversificada, composta por indivíduos em diferentes ciclos de vida.

Enfim, os dados oriundos das gravações foram analisados conforme seus conteúdos (BARDIN, 2011) e, posteriormente, confrontados com os preceitos da ESF, juntamente com o que fora anotado em campo, através das observações implementadas pelo pesquisador. No tocante às respostas referentes às redes sociais

ativadas, as informações dos participantes, indiscriminadamente, foram ordenadas em *rankings*, conforme os tipos de respostas emitidas com maior frequência sobre o assunto.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 – Descrição da aplicabilidade dos princípios e diretrizes da ESF sobre o trabalho da UAPS “Palmeiras”

Tanto as entrevistas quanto as observações dirigidas aos profissionais da equipe técnica, versaram sobre os fundamentos nos quais se baseiam para a tomada de suas decisões diárias, bem como isso se dá em função das necessidades inerentes aos usuários da Unidade, considerando se as funções e papéis prescritos, correspondem ao que é efetivamente realizado. Além disso, também foram contemplados aspectos referentes à capacitação para o exercício das atividades e estratégias utilizadas mediante a ocorrência de eventos imprevistos. Por último, aferiu-se a percepção dos técnicos a respeito dos benefícios proporcionados pelo atendimento para a promoção da qualidade de vida dos usuários atendidos pela UAPS.

O Programa Saúde da Família (PSF)¹², hoje denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), foi inaugurado no município de Ubá em 1998. Desde então, a Secretaria de Saúde da cidade se propõe a otimizar a Atenção Primária à Saúde (APS), integrando-a aos demais pontos da rede assistencial local e intermunicipal. No entanto, o município ainda apresenta 58,82% de cobertura da ESF, segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. São 16 UAPS em funcionamento no município, onde 9 são mistas (com atendimentos ambulatoriais e primários) e 7 atendem somente à demanda característica da ESF. Atualmente, com a escassez de recursos humanos associada à depreciação da estrutura física de determinadas Unidades, há uma cobertura da ESF insuficiente para a população, comprometendo o cumprimento de metas e, conseqüentemente, prejudicando o atendimento aos usuários (SMS/UBÁ, 2012).

¹² Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista a efemeridade de suas atividades. Já a ESF, por sua vez, é uma estratégia de reorganização da atenção primária sem previsão de finalização, estando, portanto, em pleno exercício (BRASIL, 2012).

Mesmo com as deficiências mencionadas, muitas ações têm sido executadas em prol da implantação da ESF no município, as quais corresponderam em vários aspectos às metas previstas para os respectivos anos. Essas informações foram obtidas, não só pelos documentos pesquisados, como também, por relatos provenientes das entrevistas e pelas observações, em que puderam ser conhecidos, aspectos relativos ao histórico da política, seus objetivos, metas, entraves encontrados na consecução das ações e os resultados alcançados.

Assim, mediante essa realidade, torna-se fundamental a busca pela compreensão do *savoir-faire* desses profissionais que atuam neste contexto. Partindo-se daquilo em que se fundamentam para a tomada de decisões em função da demanda dos usuários, percebeu-se unanimemente, pelo discurso dos entrevistados, que apesar de mencionarem procedimentos pautados pelos preceitos técnicos requisitados pela ESF, houve considerável ênfase nas práticas adquiridas e acumuladas através de suas próprias experiências:

“É, a gente usa, né, a experiência nossa mesmo, de faculdade, né? Do dia a dia mesmo e vai colocando em prática. Cada dia a gente aprende um pouquinho né? [...] Estando com o paciente aqui não dá pra gente parar e dizer: ‘peraí que eu vou consultar um livro’”. (Relato do Profissional X).

“[...] A gente teve um curso, né? De iniciação de Agente Comunitário de Saúde, é, há muito tempo né? [...] Mas a gente aprendeu muita coisa nele, muita coisa mesmo. [...] Eu uso muito o que eu aprendi, [...] tanto a parte de lidar com pessoas, como a parte também da ‘papelada’, burocracia, organização. O que eu uso é isso e também a experiência. A gente vai fazendo e vai determinando certos modos de agir”. (Relato do Profissional VIII).

Com isso, percebeu-se implicitamente pelos relatos acima, que há disparidades entre o que é prescrito e o que é realizado de fato. Por outro lado, isso não implica em prejuízos para o atendimento estabelecido pela equipe técnica, demonstrando o comprometimento desses indivíduos, para atender as exigências formais de maneira conjugada às reais situações intrínsecas ao seu processo de trabalho. A observação seguinte, anotada em campo, comprova as asserções anteriores:

“Na recepção da Unidade, a atendente executa suas atividades, demonstrando familiaridade e domínio com seu exercício profissional. São várias ações exercidas simultaneamente, porém, com a devida atenção. Dentro desse espaço relacional, há usuários e técnicos da equipe, transitando constantemente pelo ambiente. A atendente media os processos de convocação dos usuários para as consultas planejadas do dia, assim como o preenchimento de vagas ociosas por aqueles que solicitam, sem terem feito agendamento. Aos usuários que saem do consultório médico, ela os orienta a respeito dos procedimentos pós-consulta e, além

disso, quando alguém chega à recepção solicitando remédios ou renovação de receita, ela o conduz ao atendimento do enfermeiro ou das técnicas em enfermagem.” (Observação XII).

A análise das atribuições gerais e específicas dos executores da ESF, principalmente aquelas que se referem às ações estabelecidas na UAPS, salienta a necessidade do sujeito adequar-se às exigências concernentes ao que a política pública em questão considera como perfil profissional ideal. Em virtude disso, pressupõe-se que, para a execução dessas atividades, o trabalhador encontre-se apto para assumir toda essa versatilidade requisitada. Portanto, no intento de se auferir a percepção dos técnicos a esse respeito, foi possível identificar que, dentre o total de 10 participantes, 9 se consideraram preparados para a execução de suas tarefas, embora tenham admitido certas limitações. Apenas 1 profissional se posicionou indefinidamente, alegando possuir dúvidas pertinentes à assuntos sobre os quais caberia orientar aos usuários.

O relato a seguir, melhor evidencia esse resultado:

“Sim. Me sinto preparada porque [...] houve um pouco de capacitação, parcialmente, mas houve. [...] Então eu procuro [...] conhecer mais. É uma área que eu gosto, então eu acho que isso contribui pra minha função. Então, eu acho assim, que eu posso ter erros em desenvolver, mas capacitada eu acho que eu sou sim.” (Relato do Profissional V).

Em relação às estratégias utilizadas pelos técnicos da equipe, mediante a ocorrência de imprevistos, percebeu-se pelo conteúdo de suas falas, que eles agem proativamente, tanto de forma individual quanto em relação aos demais componentes do grupo, e também ao referenciar às instâncias imediatas, conforme exigido pela situação. Entretanto, cabe ressaltar mais uma vez, que suas atitudes são narradas, demonstrando como suas experiências agregadas ao longo dos dias permeiam seus modos de agir, revelando a prática de suas peculiaridades profissionais em prol da assistência aos usuários:

“Primeiro que certas coisas acontecem de maneira extremamente imprevisível. [...] Então a gente espera que não aconteça, que as rotinas fluam, só que não tem jeito. Isso sempre vai tá ali presente né? Então, a estratégia a gente vai de acordo com a vivência, com a experiência mesmo. No que passamos, no que o outro passou em outra situação. Não tem um manual. [...] Primeiro a gente vai quase que por extinto, pra tentar resolver ali e ao mesmo tempo a gente vai recorrer, pelo menos teoricamente a quem deveria nos socorrer né, [...] no caso seria a gerência. Geralmente a gente tem uma resposta não muito positiva. [...] Mesmo mediante aos imprevistos, nós buscamos aqui, é, com que isso não afete ou prejudique as rotinas do serviço, que não traga nenhum prejuízo pra nenhuma parte. Então, é, por isso que nós utilizamos de outros artifícios, igual a questão, por exemplo, de precisar usar um carro

particular, ou ter que de repente fazer alguma “vaquinha”, desde que o serviço não pare por uma situação que, é, facilmente seja acertada e que não seja por isso que venhamos a parar de ofertar o serviço ao usuário.” (Relato do Profissional II).

A respeito da percepção dos profissionais sobre os benefícios do atendimento na qualidade de vida dos usuários, seus argumentos foram unânimes, ao afirmarem a importância dos serviços prestados pela UAPS naquela localidade, mesmo apontando limitações da APS no município, corroborando as informações já mencionadas neste estudo. Por outro lado, esse resultado retrata um importante aspecto em comum, entre o que os técnicos disseram e o que a política pública tem por finalidade: o impacto positivo sobre a qualidade de vida de seus beneficiados. A fala transcrita a seguir, exemplifica as asserções anteriores:

“Então assim, mesmo com todas as limitações que temos, dá uma resposta muita positiva. É muito bom. O serviço que a gente faz aqui, desde uma simples acolhida, que não é tão simples, mas teoricamente é simples, até você tá encaminhando e tá acompanhando esse paciente e a evolução dele. Então a gente vê, de maneira muito clara, essa boa qualidade de vida. [...] Não só pro usuário, mas também, pra toda a família.” (Relato do Profissional II).

Portanto, em função dos resultados apontados nesta subseção e em conformidade às observações dos autores Leplat e Hoc (1983), além de Daniellou et al. (1989), o trabalho prescrito, como o que é utilizado pela ESF, apesar de sua satisfatória elaboração a respeito das atribuições dos profissionais que atuam nesse âmbito, possui uma defasagem do trabalho efetivo desses indivíduos e das condições concretas onde se desenvolve. Além disso, há uma fragmentação entre as etapas de planejamento e de execução, idealizando-se um modelo de funcionário multicompetente e responsável.

Nesse contexto, assim como os resultados obtidos por Gonçalves et al. (2001), observa-se um rol de tarefas, cuja operacionalização é simplesmente transferida ao ocupante sem considerar as condições para a sua execução e suas implicações em função das situações.

Por outro lado, a atividade real dos técnicos coloca em evidência a arte da execução de suas ações para o alcance das metas, que, em essência, visam uma adequada assistência aos usuários. Para isso, eles desenvolvem ao longo de suas atividades, um precioso *savoir-faire* para gestão do trabalho conforme sua natureza, considerando a lógica de funcionamento dos recursos que dispõem, os imprevistos

inerentes ao contexto sociotécnico e, sobretudo, o imperativo advindo das peculiaridades de cada sujeito assistido.

Em suma, segundo Laville (1993) e Wisner (1994), a discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real manifesta-se de várias formas: as exigências e o custo cognitivo inerentes à natureza das atividades de cada profissional não são devidamente considerados; na concepção prescrita do trabalho tudo se passa como se não houvessem incidentes críticos no desempenho das funções, enquanto estes são frequentes e colocam em risco o bem-estar do profissional e a qualidade final do seu trabalho; um conjunto de fatores que agregam complexidade ao trabalho passa ao largo do trabalho teórico e, por último, as competências para gerir as relações interpessoais que marcam o trabalho em equipe e a interação com os usuários (GONÇALVES et al., 2001).

5.2 – Identificação das principais redes sociais mobilizadas pelos profissionais e usuários da UAPS “Palmeiras”

Especificamente na questão da saúde, a análise da morfologia das redes mobilizadas revela uma variada orientação preferencial, diferindo-se em relação a outros serviços. Com exceção dos cuidados informais, cuja satisfação é nitidamente orientada para a rede de parentesco, no acesso aos cuidados de saúde, profissionais e usuários acionam indiferentemente suas relações familiares, além de amizades ou através do conhecimento de outros meios.

Em relação aos profissionais que atuam nessa área, ao acionarem suas redes de apoio, comumente optam por aquelas que são adjacentes às formais, sempre que o serviço, principalmente o público, é insuficiente em prover recursos para o adequado atendimento. Assim, o contexto apresentado por este estudo exemplifica os argumentos anteriores, trazendo à tona, como esse fenômeno social se desdobra, revelando de forma peculiar, as alternativas manifestas implicitamente e explicitamente nas atitudes tomadas por esses indivíduos, fato que fundamenta seus discursos, de onde se puderam apreender as informações em vista de algumas conclusões.

Portanto, conforme Tabela 1, é possível visualizar, de maneira geral, as principais redes sociais de apoio acionadas pelos componentes da equipe técnica da UAPS “Palmeiras”.

TABELA 1 – Especificações das redes sociais ativadas pelos profissionais da UAPS “Palmeiras,” Ubá/MG, 2013.

Redes sociais ativadas	Nº	%	Tipo de frequência relatada
Instituições educacionais e de saúde, públicas, privadas e/ou filantrópicas	10	100	Sempre que necessário
Comunidade	9	90	Sempre que necessário
Estádio de futebol do Clube Bom Sucesso, situado no bairro	5	50	Frequente
Instituições da rede formal de assistência à saúde do município	4	40	Frequente
Paróquias locais	1	10	Sempre que necessário
Escolas locais	1	10	Frequente

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Conforme os resultados evidenciados pela Tabela 1, cabe ressaltar que do total de 10 participantes componentes da equipe técnica, de forma unânime, todos mencionaram os vínculos que a Unidade possui com instituições de educação e de saúde, públicas, privadas e/ou filantrópicas. Em seus discursos, também frisaram que as solicitações de apoio a essas redes ocorrem sempre que há uma necessidade periódica.

O exemplo predominante em suas falas foi em relação às férias da médica. Quando ela se ausenta, não há um substituto imediato. Por isso, através de contatos que o enfermeiro possui, ele consegue viabilizar o preenchimento dessa lacuna que se origina de tempos em tempos com a saída momentânea da profissional. Assim, através dessa assistência concedida por uma filantropia do município, os usuários não ficam totalmente desassistidos, uma vez que são atendidos pelos médicos dessa instituição, principalmente aqueles que carecem de medicamentos contínuos e de natureza psicotrópica.

Outro importante resultado levantado foi em relação às afirmações sobre o apoio concedido pela comunidade. Dos técnicos entrevistados, 90% mencionaram

que ocasionalmente há campanhas de prevenção em saúde que são incitadas pela UAPS e, além disso, ocorrem confraternizações junto aos usuários, em datas específicas, com o intuito de mobilizá-los. Entretanto, afirmaram que raramente ocorre a adesão que se espera dos usuários às iniciativas mencionadas, talvez por não serem satisfatoriamente atendidos na concessão de certos benefícios, como as tão solicitadas consultas médicas especializadas. Isso se dá, de acordo com as falas desses participantes, em função da escassez de vagas para esse tipo de consultas, refletindo um problema estrutural vivenciado de forma semelhante em outras realidades do País. Por outro lado, os que se aderem, além de presenciarem os trabalhos realizados pela Unidade, contribuem com recursos próprios para esse fim, expressando sua satisfação com o serviço prestado.

Subsequentemente, outro dado, reportado por 50% dos entrevistados, diz respeito à parceria estabelecida com o responsável pelo Estádio de Futebol do Clube Bom Sucesso, situado no bairro Palmeiras. Esse vínculo foi estabelecido com o objetivo de estimular a prática de atividades físicas, através de caminhadas ao redor do campo, principalmente para os usuários portadores de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial e Diabetes. Por isso, tal ação é considerada pelos profissionais como fundamental, pois corresponde à prevenção em saúde, o que por sua vez, é algo ainda desraigado da cultura popular.

Outro resultado, reportado por 40% dos funcionários entrevistados, aponta a rede constituída por instituições formais de assistência à saúde do município, cuja frequência de solicitações de apoio é praticamente diária, em virtude das exigências em relação ao próprio fluxo do serviço, que por sua vez, procura atender o que o sistema cobra.

Entretanto, alegaram quase simultaneamente, que, apesar de reconhecerem a UAPS como a porta de entrada da concessão assistencial do SUS, as limitações referentes aos trâmites para os proventos de consultas médicas, principalmente as especializadas e, até mesmo, outros recursos materiais para o tratamento de alguns usuários, inviabiliza o pretendido atendimento de qualidade em um nível plausível. Apesar dessas limitações, os profissionais coadunam com o que a política pública em questão almeja, mesmo havendo discrepâncias entre o que é teorizado e o que é executado na prática.

Outras redes, reportadas por 10% dos entrevistados, mas com frequências diferentes, são as paróquias e escolas locais. O apoio obtido com as paróquias locais é mais esporádico em relação ao concedido pelas escolas, que, assim como as congregações da Igreja Católica, servem como pontos para difusão de informações sobre as atividades realizadas pela UAPS, além de constituírem local de diversas orientações em saúde que são concedidas às crianças, adolescentes e jovens estudantes.

Agora, referindo-se às redes sociais ativadas pelos usuários (Tabela 2), foram reportadas dois grupos de respostas que contemplaram o tipo de rede social acionada, tanto em virtude de agravos a saúde quanto em relação a problemas financeiros. É importante ressaltar que a pergunta referida às finanças do entrevistado visou à associação de suas respostas, aos possíveis fatores que poderiam influenciar suas decisões referentes às redes de apoio eleitas para o enfrentamento dessa circunstância.

Outro aspecto evidenciado na Tabela 2, além da incidência das respostas em valores percentuais, foram dados referentes aos tipos de frequência apontados pelos participantes em suas falas. Assim, do total de 67 usuários entrevistados, cerca de 40% revelaram que optam pela UAPS como a rede preferencial de assistência, em virtude de algum agravo à saúde. Desses 40%, aproximadamente 24% acionam a UAPS quando necessário e, os 16% restantes, relataram sempre recorrer a essa instância.

Com isso, é possível inferir que a proximidade deste serviço aos usuários é um fator preponderante sobre a escolha desses indivíduos, segundo suas próprias percepções. Este resultado é importante para mostrar que, ao menos pela realidade apontada neste estudo, a maioria dos usuários reconhece a UAPS, implicitamente, como a porta de entrada à rede assistencial de saúde do Município. Por outro lado, ao complementarem suas respostas com outros argumentos, foi possível observar uma concepção ainda muito centrada nas intervenções paliativas, às quais possam se submeter na Unidade, em detrimento das atividades voltadas para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Em seguida, 33% dos usuários relataram acionar a rede de parentesco em casos de acometimentos à saúde. Desse percentual, 28% buscam seus familiares sempre que necessário, e os 5% restantes sempre se apropriam desse apoio. Esses

resultados se assemelham aos achados por Portugal (2006), que com o desenvolvimento de seu estudo sobre as redes sociais na produção de bem-estar, pôde verificar essa característica da busca por redes informais em decorrência de alguma necessidade pertinente à saúde.

TABELA 2 – Especificações das redes sociais acionadas pelos usuários da UAPS “Palmeiras”, Ubá/MG, 2013.

Rede ativada em caso de dificuldade com o estado de saúde	Incidência das respostas (%)	Frequência (%)	Rede ativada em caso de dificuldade financeira	Incidência das respostas (%)	Frequência (%)
<i>UAPS</i>	40	Quando necessário: 24 Sempre: 16	<i>Familiares</i>	58	Quando necessário: 52 Sempre: 6
<i>Familiares</i>	33	Quando necessário: 28 Sempre: 5	<i>Não procura ninguém</i>	21	Nula: 21
<i>Hospital</i>	27	Quando necessário: 16 Sempre: 11	<i>Instituição Financeira</i>	16	Quando necessário: 12 Sempre: 4
			<i>Amigos</i>	5	Quando necessário: 5

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Em relação aos 27% dos usuários que buscam algum hospital, como rede de apoio em circunstâncias que requeiram cuidados à saúde, todos justificaram sua opção em virtude do funcionamento da UAPS em horário comercial, impedindo-os de a acessarem por causa do trabalho; além de mencionarem circunstâncias que eventualmente ocorrem à noite, período que também não há cobertura da UAPS e de nenhum outro serviço de saúde na localidade.

No que tange às redes acionadas em situações adversas, provocadas por problemas financeiros, 58% dos entrevistados revelaram que buscam ajuda com os familiares, predominantemente, quando julgarem necessário (52%). Os que justificaram, alegando nunca procurar ninguém (21%), ir em busca de alguma

instituição financeira (16%) ou procurar amigos (5%), disseram que assim procedem, ou por questões pessoais, alegando a intenção de não trazer incômodos para terceiros, ou por morarem sozinhos.

Além disso, quando questionados se participavam de algum grupo comunitário, 51% dos usuários negaram qualquer participação e os outros 49% responderam de forma positiva. Do total dos que se integram a algum grupo, predominaram os religiosos (43%), em seguida acompanhados por outros grupos (7%), tais como ONGs e organizações informais, distintas das cooperativas (3%) e associações (1%), que também foram enunciadas na Tabela 3.

TABELA 3 – Proporção de usuários participantes de grupos comunitários conforme os tipos incidentes, Ubá/MG, 2013.

Usuários participantes de grupos comunitários (%)		Tipos de grupos comunitários verificados entre os participantes (%)
Não: 51	Sim: 49	Grupos religiosos: 89
		Outros*: 7
		Cooperativas: 3
		Associações: 1

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

*Refere-se às respostas que não se enquadraram dentro dos tipos de grupos comunitários elencados.

A predominância das participações em grupos religiosos demonstra a importância que as igrejas ou congregações exercem como redes sociais de apoio, provendo, em vários aspectos, as pessoas que optam por frequentá-las.

Com isso, diante dos dados apresentados, fica claro que, tanto para os profissionais quanto para os usuários, o que determina a ativação de uma rede social de apoio é a posição de algum elemento no interior do sistema de saúde. Degenne e Forsé (1994) discutiram esse fato, mostrando a importância do estudo dos intermediários, sobretudo para o acesso ao emprego, como também no acesso aos cuidados de saúde.

6 – CONCLUSÕES

As conclusões deste estudo apontam para a relação de três aspectos intrínsecos: o trabalho prescrito pela ESF; o trabalho real dos profissionais componentes da equipe técnica da UAPS investigada e as evidências que caracterizam a discrepância entre o prescrito e o real, além de seus reflexos na organização do trabalho.

Assim, o exame do relacionamento desses elementos evidencia que, em suma, embora os princípios e diretrizes da ESF se apliquem aos procedimentos técnicos dos profissionais, houve considerável ênfase, por parte desses sujeitos, nas práticas adquiridas e acumuladas ao longo de suas próprias experiências. Esse fato advém da simples transferência da operacionalização de um rol de tarefas ao ocupante, desconsiderando as condições para a sua execução e suas implicações em função das situações e limitações da APS do município, além das peculiaridades dos indivíduos atuantes nesse processo.

Portanto, conclui-se que o trabalho dos profissionais da UAPS pode ser concebido como uma atividade permanente de regulação entre os determinantes da situação, as exigências das tarefas e o seu bem-estar. Nesse contexto, as representações que eles constroem para e na ação, constituem uma ferramenta cognitiva imprescindível para garantir-lhes a qualidade final do trabalho, também almejada pela política pública em questão: que é a assistência aos usuários da Unidade. Com isso, foi possível inferir, pela coadunação dessa pretensão dos profissionais e da ESF que, apesar dos percalços existentes, essa meta em comum demonstra a principal faceta da aplicabilidade da própria política.

Por outro lado, sugere-se que a ESF deve viabilizar aprimoramentos para a inter-relação prescrito/real, visando transformar positivamente as condições de trabalho e sua organização. Tal transformação só poderá obter a eficácia esperada se envolver ativamente, em todas as suas etapas de implementação, os principais protagonistas do contexto estudado: o profissional, sua equipe de trabalho e os usuários.

Por fim, em adendo à problemática levantada, a análise do papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde revela, portanto, “duas faces da mesma moeda”: a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre o

Estado e os cidadãos. Os indivíduos conseguem, por meio dos laços sociais, aquilo que não lhes é oferecidos através do vínculo de cidadania: serviços públicos eficientes e com qualidade. Ou seja, as limitações e deficiências da provisão dos cuidados públicos em saúde são suplementadas pela eficácia das relações informais.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2011. 281 p.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

CARDOSO, V. A. S. **Práticas do cotidiano e o Programa Minas Sem Fome: a experiência da padaria artesanal “Mãos de Fibra”**. 2010. 126 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2010.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 17, n. 68, p. 7-13, 1989.

DEGENNE, A.; FORSÉ, M. **Les réseaux sociaux**. Paris, Armand Colin, 1994.

DOUNIS, A. B. et al. A auto confrontação: um estado da arte das produções acadêmicas disponibilizadas na biblioteca digital brasileira de teses e dissertações da CAPES. In: **ENDIPE - Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino**, 16. 2012, Campinas. **Anais...** Campinas: Junqueira & Marin Editores, 2012. p. 7026-37.

GONÇALVES, R. M.; ODELIUS, C. C.; FERREIRA, M. C. Do trabalho prescrito ao trabalho real: a transformação da informação em notícia de rádio. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2001.

LAVILLE, A. **L'ergonomie**. Paris: PUF, 5ª ed., 1993.

LEPLAT, J.; HOC, J. M. Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. **Cahiers de psychologie cognitive**, Paris, v. 3, n. 1, p. 49-63, 1983.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SARAIVA, E. M.; TEIXEIRA, M. T. B. Acompanhamento e avaliação das equipes de saúde da família: a experiência do pólo da UFJF. **Revista APS**, v. 6, n. 1, 2003.

SMS/UBÁ – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBÁ/MG. **Plano Municipal de Saúde**. Disponível em:

<www.uba.mg.gov.br/salvar_arquivo.aspx?cdLocal=2&arquivo={D3BCAE6E-677C-66BD-EA1A-17852A0DB54A}.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2013.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 11a. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

WISNER, A. **A Inteligência no Trabalho**. São Paulo: Fundacentro, 1994.

**ARTIGO IV – GESTÃO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
“PALMEIRAS” EM UBÁ/MG: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA
DOS USUÁRIOS**

GESTÃO DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE “PALMEIRAS” EM UBÁ/MG: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS

1 – RESUMO

No que tange à saúde, ao longo dos anos, vários movimentos militam pela obtenção de mudanças no modelo assistencial então vigente, por não responder suficientemente às necessidades de saúde da população. Diante disso, a presente pesquisa se propôs a analisar as implicações do processo de gestão de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), situada no município de Ubá, Minas Gerais, sobre a qualidade de vida (QV) de seus usuários, a partir de suas próprias percepções. Para tanto, foi aplicado um questionário com questões inerentes aos aspectos social, econômico, familiar e ocupacional dos usuários. Foi também realizado o teste de associação livre de palavras, visando conhecer suas percepções sobre o significado de QV, que foi complementado com outro questionário resultante da conjugação do modelo de Metzger et al. (1980), com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), denominado WHOQOL-breve. A análise do conteúdo das falas mostrou que o processo de gestão da UAPS, apesar de possuir aspectos de “cima para baixo”, teve implicações sobre a QV de seus usuários, pela associação que estabeleceram entre sua concepção de QV com as dimensões que abrangeram a saúde física, questões espirituais e aspectos relativos às garantias sociais e econômicas. Conclui-se, pela realidade abordada, que a QV possui natureza multidimensional com destaque para os fatores subjetivos. Assim, o processo de gestão da UAPS focado na realidade local pode ser uma ferramenta importante para a redução das disparidades entre o que é planejado e as necessidades reais dos beneficiários.

Palavras-chave: Gestão de Serviços de Saúde; Unidade Básica de Saúde; Qualidade de Vida.

2 – ABSTRACT

Over the years, many movements fight for obtaining changes in the current health care model because it did not respond adequately to the population health needs. Therefore, the present study aimed to analyze the implications of management process of a Primary Health Care Unit (Unidade de Atenção Primária à Saúde - UAPS) in the Ubá City, Minas Gerais State, Brazil, on the quality of life (QOL) of its users according to their own perceptions. For this purpose, a questionnaire was applied to the users inquiring about economical, familial, social, and occupational aspects. Free word association test was performed aiming to understand the users' perceptions about the QOL meaning, which was supplemented by another questionnaire resulting from the combination of Metzger et al. (1980) model with the recommended rules by the World Health Organization (WHO) called World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). The speeches' content analysis showed that the managing process of UAPS had implications on QOL of its members by the association established between their QOL conception and dimensions covering physical health, spiritual questions, and issues related to social and economical guarantees. Based on addressed reality, it was concluded that QOL have multidimensional nature with emphasis on subjective factors. Based on the study of the context that emerges from its users, the managing process of UAPS focused on local reality can be an important tool for reducing disparities between planning and the real needs of the beneficiaries. So, the process of managing UAPS focused on local reality can be an important determinant of actual achievements tool to reduce disparities between what is planned and the actual needs of beneficiaries.

Keywords: Health Services Administration; Health Centers; Quality of Life.

3 – INTRODUÇÃO

Na governança pública, os gestores têm sob sua responsabilidade bens que pertencem à sociedade e cuja gestão deve ser participativa, com elevado nível de compromisso, transparência, ética e senso de justiça. Ramos e Grigoletto (2011)

afirmam que esse processo ocorre conforme premissas gerenciais já conhecidas, como a coordenação, o planejamento, a previsão, a organização, o controle e a avaliação. São os clássicos princípios da administração científica, utilizados para a materialização dos procedimentos gerenciais adotados.

No que tange à saúde, especificamente na atenção primária, a gestão de todos os processos de uma UAPS, sob os preceitos da ESF, é definida para um país por seu governo, a partir da adoção de um paradigma sanitário. O adotado pelo Brasil tem raízes na conhecida carta de Alma Ata¹³, de 1979. Assim, desde essa época, vários movimentos, liderados por estudiosos em saúde, militam pela obtenção de mudanças no modelo assistencial então vigente, por não responder suficientemente às necessidades de saúde da população (RAMOS; GRIGOLETTO, 2011).

Com isso, as diretrizes das atividades desenvolvidas em nível local nascem no Ministério da Saúde, como portarias, documentos norteadores de programas, entre outros. Depois disso, passam pela estrutura hierárquica das secretarias municipais, de coordenadorias e, finalmente, chegam à UAPS, onde se faz uso de tecnologias de baixa densidade, configurando um espaço relacional destinado à transformação das ações definidas pelos princípios do SUS (MERHY, 1994).

Essas ações é que produzirão o cotidiano dos serviços de saúde, ou seja, resultarão em cadastramentos da população, atendimentos, consultas médicas, de enfermagem, visitas domiciliares e outros procedimentos que se estenderão pelo território assistido, como respostas às especificidades e à dinâmica de vida das famílias. Neste contexto atuam os seguintes profissionais: agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem, entre outros, onde cada um com suas atribuições específicas e comuns a todos, desempenham seu trabalho de forma participativa. Portanto, o serviço segue a lógica da interdependência profissional, que constitui o grande diferencial do processo de trabalho na ESF (BRASIL, 2012).

Neste sentido, Almeida (2008) afirma que o exercício da gestão participativa, que se refere à redistribuição de competências e funções, incrementa o acesso da

¹³ Conceitualmente, foi a partir da I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978 em Alma Ata, Cazaquistão, que se buscou uma definição de Atenção Primária à Saúde - APS (FAUSTO, 2005). Assim, a Organização Mundial da Saúde - OMS - passou a compreender e difundir informações sobre os cuidados primários em saúde como intervenções essenciais baseadas em métodos práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, além do uso de tecnologias, inclusive as gerenciais, que propiciassem o acesso universal para indivíduos e suas famílias (OMS-UNICEF, 1979).

população aos serviços de saúde, propiciando-lhe maiores oportunidades de controle. As autoras Ribeiro e Oliveira (2010), corroboram as ideias supracitadas, através do estudo que realizaram, o qual teve por objetivo, identificar a operacionalidade da gestão participativa no Conselho Estadual de Saúde da Bahia – CES/BA. Elas constataram que o CES/BA não possui a prática de uma gestão participativa, pois, no período da realização desse trabalho, os gestores constituíam a maioria nos processos decisórios observados.

Os argumentos apresentados sustentam a retomada da discussão sobre o modelo de gestão prevalente na saúde pública brasileira. Relacionando-o com outras áreas da produção de bens e serviços, verifica-se que possui limitações, devido ao fato de muitas instituições ainda utilizarem o parâmetro Fayolista¹⁴. Para André (2006), isso demonstra, de forma veemente, a necessidade de se profissionalizar continuamente a gestão em saúde pública, privilegiando a cientificidade e a casualidade dos fenômenos sociais.

Maia (2000), Silva (2001) e Silveira (2004) corroboram essas ideias ao declararem que, apesar da evolução dos conceitos da gestão pública em saúde no Brasil, pesquisas que se referem especificamente à gestão no nível local, demonstram que pouco se caminhou sob o ponto de vista prático. Para a mudança desse paradigma, é necessário que, nas UAPS, haja uma prestação de serviço à comunidade com eficiência, a partir do conhecimento da realidade e da necessidade de padronizar certos elementos e, ao mesmo tempo, de levar em conta as especificidades do público-alvo (SIMÕES, 2003, p. 26).

Ainda nesse contexto, segundo Hartz (2012), pesquisas recentes, manuais e guias de avaliação de organismos internacionais, como o Banco Mundial e a Comissão Europeia, ou de países, com maior grau de avanço neste processo (Canadá, França e Inglaterra), mostram a necessidade de se ter dispositivos institucionais, enquanto mecanismo de regulação indispensável para se avaliar programas públicos, que orientem a tomada de decisões.

Conforme a autora, na perspectiva de uma gestão orientada por resultados, a avaliação é uma atividade que tem a vocação de se integrar à gestão pública e ao

¹⁴ A teoria de Fayol dita que entidades, sejam públicas ou privadas, mantenham uma estrutura organizacional no exercício das devidas atividades em questão e, além disso, é defendido nesta teoria a busca pela máxima eficiência da organização (CHIAVENATO, 2000).

funcionamento do sistema político, se apoiando sobre a pesquisa avaliativa, mas sem a ela se restringir. O caráter institucional da avaliação supõe também definir formalmente as responsabilidades respectivas dos avaliadores e usuários, de modo que possam se apropriar dos resultados dos conhecimentos produzidos e integrá-los à sua própria visão da realidade.

Em essência, os argumentos aqui apresentados evidenciam a necessidade de convergência das medidas gerenciais e práticas para o processo de saúde-doença da população, visando o desenvolvimento da autonomia, individual e coletiva, em busca de significativos reflexos na qualidade de vida dos usuários contemplados pela ESF.

Diante disso, a presente pesquisa se propôs a analisar as implicações do processo de gestão da UAPS na qualidade de vida de seus usuários, a partir de suas próprias percepções.

4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo de caso foi desenvolvido a partir da abordagem de usuários da UAPS “Palmeiras”, situada no município de Ubá-MG.

Inicialmente, foi necessário levantar uma amostra para população finita, obtida através de um cálculo estatístico, conforme algumas proposições referidas pelo autor Triola (2013). Assim, pôde-se obter o número ideal de participantes, referentes ao universo de usuários assistidos pela Unidade. Para tanto, foi definido que:

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z\alpha/2)^2}{(N-1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z\alpha/2)^2}$$

Onde:

N= Tamanho da população adstrita à UAPS Palmeiras;

n = Número de indivíduos da amostra;

$Z\alpha/2$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado, aqui estabelecido em 90%, sendo, portanto, um valor tabelado correspondente a 1,65;

$\sigma^2 = p.q$, onde p = Proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria a ser estudada, aqui estabelecida em 0,5, enquanto $q (1-p)$ = Proporção populacional de indivíduos que não pertencem à categoria a ser estudada, aqui calculada em 0,5;
 E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa, aqui estabelecida em 0,1 ou 10%.

Assim, conforme os cálculos, o tamanho da amostra de usuários será de:

$$n = \frac{3752.0,5.0,5.(1,65)^2}{3751.(0,1)^2 + 0,5.0,5.(1,65)^2} \quad \text{logo: } n = 66,867, \text{ ou seja, } n = 67.$$

Cabe ressaltar que os usuários foram abordados aleatoriamente, tanto na UAPS quanto nas visitas domiciliares, abrangendo todos os dias de atendimento, nos quais as diferentes atividades são distribuídas entre si, em função da rotina previamente estabelecida para atendimento da demanda pela assistência. Assim, foi possível alcançar uma amostra diversificada, composta por indivíduos em seus diferentes ciclos de vida.

Em seguida, foi aplicado um questionário contendo perguntas objetivas que abrangeram questões inerentes aos aspectos social, econômico, além do perfil familiar e de ocupação ou trabalho. Assim, no intuito de perfilar os usuários, os dados obtidos por este instrumento, foram organizados e depois discutidos, conforme suas características apresentadas.

Depois disso, almejando a percepção dos usuários a respeito de sua própria qualidade de vida, e do impacto do processo de gestão da UAPS sobre a mesma, foi-lhes aplicado o teste de associação livre de palavras. Esse teste, segundo Machado e Carvalho (2013), permite evidenciar universos semânticos de palavras em determinadas populações. Posteriormente, foi solicitado aos participantes que hierarquizassem as diferentes palavras elencadas sobre qualidade de vida, questionando-os como as associariam com o serviço prestado pela Unidade.

Subsequentemente, foi aplicado outro questionário resultante da conjugação do modelo de Metzger et al. (1980), com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), denominado *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL*-breve. Esse questionário possui 17 questões, sendo que uma delas é de caráter geral (conhecimento de qualidade de vida global) e as 16 restantes contemplam os

seguintes campos de conhecimento: físico, psicológico, social e em relação ao meio ambiente.

Cabe ressaltar que, para o contexto abordado nesse questionário, o modelo proposto por Metzger e seus colaboradores, inseriu aos campos já presentes no WHOQOL-breve, questões referentes à habitação, segurança física, renda, alimentação e educação. Assim foi estabelecido, devido ao fato desses pontos serem enfatizados apenas indiretamente no modelo da OMS. Cada questão possui respostas de teor subjetivo, variando de intensidade entre 1 e 5, em diferentes escalas. As inferências dos dados obtidos, conforme a metodologia do WHOQOL-breve (OMS, 1998), resultou em valores percentuais que foram justificados, considerando o sentido das questões, da pior condição para a melhor.

Portanto, atendendo à natureza quanti-qualitativa do método de abordagem adotado por esta pesquisa, utilizou-se da análise de conteúdo (BARDIN, 2011) para subsidiar as inferências estabelecidas a respeito dos dados obtidos, através do estabelecimento de *rankings*, em tabelas e um gráfico, que apresentam as informações de forma ordenada e proporcionalmente relacionadas aos seus assuntos.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 – Caracterização do perfil pessoal, ocupacional e familiar dos usuários da UAPS “Palmeiras”

De acordo com os dados referentes ao perfil pessoal dos usuários, constatou-se que a idade variou entre 13 e 87 anos e, em média, a prevalência foi de 43,4. Contudo, conforme consta na Tabela 1, a faixa etária predominante dessa população finita, correspondeu ao intervalo de 53 a 63 anos (22%). Embora haja um considerável número de jovens (21%) na amostra, supõe-se que a maioria dos acessos à UAPS, seja realizada pelos usuários que se encontram nesse intervalo etário, justificando sua maior incidência em relação aos demais.

Além desses dados, verificou-se a predominância de mulheres (67%), brancos (45%) e, em relação à escolaridade, foi comprovado que grande parte dos usuários (43%) possui o ensino fundamental incompleto. Assim, a média de anos de estudo identificada foi correspondente a 7,4.

Apesar disso, segundo o IBGE (2011), o período de 2007 a 2011 foi marcado por avanços na educação, apresentando, não somente a tendência de declínio das taxas de analfabetismo, como também, a ascensão do número de anos de estudo, alavancado principalmente por jovens de até 25 anos de idade, sobressaindo-se as mulheres. Esse fato é confirmado pelo estudo, onde houve, praticamente, uma equivalência entre o percentual dos usuários menos instruídos e o dos que possuem concluídos, o 1º ciclo do ensino médio (22%) associado ao 2º ciclo do ensino médio (23%).

Em relação ao perfil ocupacional dos participantes, verificou-se que 47% encontravam-se empregados, dentre eles, 13% como autônomos, seguidos por aproximadamente 21% de aposentados e 15% de indivíduos que exerciam atividades domésticas não remuneradas, sendo que este percentual é inteiramente constituído por mulheres. Esse dado é corroborado pelo que consta na PNAD (2012), através da qual se identificou um discreto decréscimo ocupacional entre as mulheres, saindo de 42,8%, em 2011, para 42,7%, em 2012, no Estado de Minas Gerais. Esse fato é confrontado pela ascensão do número de anos de estudo pelas mulheres, conforme mencionado anteriormente.

TABELA 1 – Perfil pessoal, ocupacional e familiar dos usuários da UAPS “Palmeiras”, Ubá/MG, 2013.

Variáveis	Valores	
	N=67	%
Idade:		
De 13 a 23 anos	11	16
De 23 a 33 anos	14	21
De 33 a 43 anos	8	12
De 43 a 53 anos	10	15
De 53 a 63 anos	15	22
Acima de 63 anos	9	14
Sexo:		
Feminino	45	67
Masculino	22	33
Escolaridade:		
Não alfabetizado	3	4
Elementar incompleto ou do 1º ao 3º ano do 1º grau;	29	43
Elementar completo ou até o 4º ano do 1º grau;	3	4
Médio 1º ciclo ou do 6º ao 9º ano do 1º grau;	14	22
Médio 2º ciclo ou 2º grau	15	23
Superior incompleto	1	1

(Continuação da Tabela 1)

Superior	2	3
Raça:		
Branca	30	45
Negra	19	28
Parda	18	27
Ocupação:		
Empregado*	23	34
Aposentado	14	21
Do lar**	10	15
Autônomo	9	13
Desempregado	7	11
Afastado	2	3
Estudante	2	3
Renda pessoal:		
	22	33
Faixa 1: < R\$ 678,00***	44	66
Faixa 2: de R\$ 679,00 até R\$ 2.034,00	1	1
Faixa 3: de R\$ 2.035,00 até R\$ 2.713,00		
Renda familiar:		
Faixa 1: < R\$ 678,00	1	1
Faixa 2: de R\$ 679,00 até R\$ 2.034,00	54	81
Faixa 3: de R\$ 2.035,00 até R\$ 2.713,00	11	17
Faixa 4: de R\$ 2.714 até R\$ 6.780,00	1	1
Chefe de família:		
Não	44	66
Sim	23	34
Tipo de família:		
Nuclear	51	76
Outro	7	11
Monoparental	6	9
Extensa	3	4
Ciclo de vida familiar:		
Maturação	24	36
Formação	20	30
Dispersão	15	22
Ninho vazio	8	12
Tamanho da família:		
Com 2 pessoas	17	25
Com 4 pessoas	17	25
Com 3 pessoas	16	24
Com 1 pessoa	7	11
Com 5 pessoas	6	9
Com 6 pessoas	4	6

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pelos autores (2013).

*Referiu-se aos usuários que trabalham de forma regulamentada.

**Neste estudo, constatou-se que essa função é exercida exclusivamente por mulheres.

***Equivalente a um salário mínimo na época da entrevista.

Constata-se que, mesmo com a qualificação feminina para o mercado de trabalho e a melhoria de seu acesso a este âmbito, ainda atribui-se as atividades domésticas a esse segmento, restringindo-as à esfera privada. Nesse sentido, Cappelle et al. (2013) afirmaram que, para olhar o mercado de trabalho na perspectiva das mulheres, isso implica observar diversas outras atividades, uma vez que, à mulher competem outras atribuições impostas pela sociedade, voltadas para a manutenção de seu lar.

No que tange à renda pessoal dos usuários, 66% situam-se na Faixa 2, correspondente ao intervalo entre 1 a 3 salários mínimos. Em seguida, aproximadamente 33% encontram-se na Faixa 1, relativa ao rendimento mensal de menos de 1 salário mínimo, caracterizando, aparentemente, um considerável segmento desta amostra em situação de risco social inerente à baixa renda.

Todavia, 81% dos entrevistados responderam que possuíam renda familiar dentro da Faixa 2, além dos 17% pertencentes à Faixa 3, a qual é compreendida pelo intervalo entre 3 a 4 salários mínimos. Com isso, foi possível identificar, em contraposição ao resultado anterior, que o risco de vulnerabilidade inerente à renda individual estaria sendo mitigado pela união das rendas pessoais, constituindo uma renda familiar suficiente para seus membros.

Outro dado interessante, que talvez tenha sido influenciado pelo número de mulheres sem ocupação remunerada, refere-se a 66% dos participantes que não se consideravam chefes de família. Dentre aquelas que assim se auto afirmaram, considerando que hoje em dia as mulheres exerçam tal função, relataram que contribuía com a renda familiar, por meio de trabalhos eventuais, apenas para complementar a renda garantida pelos seus cônjuges ou parceiros.

Em referência ao perfil familiar dos usuários, predominou-se o tipo de arranjo nuclear ou tradicional (76%), composto por pai, mãe e filhos menores. Posteriormente, por outros arranjos (11%), assim denominados por causa da indefinição dos participantes que compuseram este percentual e, por último, o arranjo monoparental (9%), configurado em pai ou mãe e filhos em idades diversificadas.

A respeito dos ciclos familiares, houve uma distribuição entre suas conformações sem grandes disparidades uns em relação aos outros. Assim, o de maturação liderou as incidências com 36%, seguido pelo de formação, referente a 30% da amostra. É importante frisar que esse tipo de ciclo é intrínseco, neste caso, ao

arranjo nuclear, complementando a descrição familiar dos usuários participantes desta pesquisa.

Quanto ao ciclo de dispersão, houve um índice de 22%, sendo composto por filhos em transição nas fases de formação educacional. Quanto ao ciclo de dispersão, houve um índice de 22%, sendo composto por filhos em transição nas fases de formação educacional, muitas vezes, ausentes da casa dos pais para residirem em outros municípios da região a fim de estudar. Por último, 12% correspondeu ao ciclo do ninho vazio, representado por casais idosos que moram sozinhos, separados dos filhos que, em maioria, possuem suas próprias famílias.

Enfim, sobre o tamanho familiar predominante, o resultado da soma dos principais percentuais obtidos foi igual a 74%, compreendido por 2 até 4 membros no máximo, representados, em maioria, pelas famílias nucleares. Com isso, confirma-se o baixo percentual de famílias extensas (4%), incidentes na população descrita.

6.2 – Gestão da UAPS “Palmeiras” e seus resultados na Qualidade de Vida (QV) dos usuários

Para compreensão dos resultados gerados pelas intervenções da UAPS na qualidade de vida dos usuários, inicialmente, buscou-se examinar suas percepções através do método de associação livre de palavras. Para isso, através de uma entrevista estruturada, composta por questões abertas sobre o assunto, os usuários inicialmente foram abordados sobre o significado de qualidade de vida, solicitando que mencionassem 3 palavras que, para eles, representassem de maneira resumida, seu conceito de QV.

Após as respostas iniciais, eles hierarquizaram suas palavras, as quais se apresentam na Tabela 2, onde foram organizadas de forma decrescente, em distintos níveis inerentes às suas aparições, conforme os pesos que lhes foram atribuídos. Além disso, o primeiro valor de suas incidências corresponde ao número real de usuários que mencionaram determinada palavra, seguido de seu respectivo valor em percentual. Dessa forma, foi possível construir um *ranking* de todas as palavras mencionadas pelos participantes, destacando-se as 3 mais proferidas conforme a importância atribuída a cada uma delas.

Do total de 48 palavras identificadas, as três mais importantes para os usuários entrevistados, elencadas na primeira coluna da Tabela 2, foram saúde (46%), Deus (12%) e fé (9%). Já as secundárias, apresentadas na segunda coluna, foram lideradas por saúde, novamente (22%), dinheiro (13%) e alimentação (10%). Por fim, as menos importantes foram, mais uma vez saúde, família, educação, trabalho e felicidade, as quais obtiveram o mesmo peso (6%). Entretanto, de acordo com o critério de desempate estabelecido pelos pesquisadores, as três primeiras palavras dispostas na última coluna, assim foram elencadas, conforme emitidas pela primeira vez, seguindo a ordem crescente dos usuários entrevistados.

Aliás, cabe ressaltar que saúde, liderando os três grupos de palavras da Tabela 2, denota que, independente do peso atribuído pelos usuários, é significativa para os mesmos.

TABELA 2 – Ranking das palavras relacionadas à concepção de qualidade de vida, conforme o peso atribuído pelos usuários. Ubá/MG, 2013.

Palavras	Peso 3 atribuído Nº/ %	Palavras	Peso 2 atribuído Nº/ %	Palavras	Peso 1 atribuído Nº/ %
<i>1ª: Saúde</i>	31/46	<i>1ª: Saúde</i>	15/22	<i>1ª: Saúde</i>	4/6
<i>2ª: Deus</i>	8/12	<i>2ª: Dinheiro</i>	9/13	<i>2ª: Família</i>	4/6
<i>3ª: Fé</i>	6/9	<i>3ª: Alimentação</i>	7/10	<i>3ª: Educação</i>	4/6
Família	3/4	Família	6/9	Trabalho	4/6
Alimentação	3/4	Paz	4/6	Felicidade	4/6
Amor	2/3	Educação	3/4	Dinheiro	3/4
Paz	2/3	Respeito	3/4	Amizade	3/4
Não desejar o mal	1/1,5	Amizade	2/3	Paz	3/4
Dinheiro	1/1,5	Tranquilidade	2/3	Amor	3/4
Respeito	1/1,5	Fé	2/3	Relações	3/4
Harmonia	1/1,5	Convivência	2/3	Tranquilidade	2/3
Amizade	1/1,5	Trabalho	1/1,5	Sossego	2/3
Vida espiritual	1/1,5	Felicidade	1/1,5	União	2/3
Tranquilidade	1/1,5	Dormir	1/1,5	Emprego	2/3
Diálogo	1/1,5	Força de vontade	1/1,5	Bem-estar	2/3
Política	1/1,5	Sossego	1/1,5	Compreender	1/1,5
Compreender	1/1,5	Amor	1/1,5	Força de vontade	1/1,5
Ativ. física	1/1,5	Compromisso	1/1,5	Harmonia	1/1,5
Trabalho	1/1,5	Sinceridade	1/1,5	Estabilidade	1/1,5
-	-	Atividade física	1/1,5	Deus	1/1,5
-	-	Igualdade	1/1,5	Comunidade	1/1,5

(Continuação da Tabela 2)

-	-	Política	1/1,5	Conselhos	1/1,5
-	-	Liberdade	1/1,5	Convivência	1/1,5
-	-	-	-	Honestidade	1/1,5
-	-	-	-	Religião	1/1,5
-	-	-	-	Prosperidade	1/1,5
-	-	-	-	Cultura	1/1,5
-	-	-	-	Respeito	1/1,5
-	-	-	-	Longevidade	1/1,5
-	-	-	-	Atenção	1/1,5
-	-	-	-	Paciência	1/1,5
-	-	-	-	Higiene	1/1,5
-	-	-	-	Segurança	1/1,5
-	-	-	-	Esperança	1/1,5
-	-	-	-	Viajar	1/1,5
-	-	-	-	Moradia	1/1,5

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Portanto, a partir desses resultados, foi possível definir o universo semântico apropriado pelos usuários, para a construção de suas definições sobre QV. Este conjunto foi compreendido pelas 9 palavras mais incidentes da amostra, as quais foram agrupadas por afinidades. Assim, institui-se os campos da *saúde física* (compreendido pelas 3 aparições da palavra saúde e pela palavra alimentação), *das questões espirituais* (compreendido por Deus e fé) e *dos aspectos sociais e econômicos* (compreendido por dinheiro, família e educação).

Machado e Carvalho (2013) também fundamentaram a discussão dos resultados do estudo que desenvolveram, a partir deste mesmo delineamento metodológico. Com isso, tanto nesta pesquisa como na que se refere às autoras supracitadas, houveram conclusões que se coadunaram no que diz respeito à diversidade conceitual dos indivíduos participantes dos estudos. Em suma, ao confrontar esses resultados aos diversos conceitos de qualidade de vida, discutidos por vários autores, como Metzen et al. (1980), Cebotarev (1994), Lipp e Rocha (1996), Minayo et al. (2000), dentre tantos outros, confirma-se o fato referente à sua multidimensionalidade.

Em outro momento, quando questionados sobre como associariam as palavras hierarquizadas a respeito de sua QV com o serviço prestado pela Unidade, 73% dos usuários entrevistados, fizeram essa relação positivamente, justificando suas respostas com argumentos inerentes ao atendimento concedido pela UAPS,

reputando-o como adequado, principalmente em virtude da maneira como são abordados pelos funcionários.

Além disso, embora 7% dos participantes tenham alegado dificuldades em coincidir seus horários com o período de atendimento da UAPS, em virtude do mesmo ocorrer quando se encontram em seus empregos, mesmo assim, relacionaram sua QV ao atendimento concedido de maneira satisfatória. Por outro lado, esse resultado demonstra que esses indivíduos são mais propensos a possuírem menos vínculos com a Unidade, em decorrência de utilizarem o serviço esporadicamente.

Outros usuários, por sua vez, fizeram relações pontuais com o serviço. Conforme o Gráfico 1, 6% mencionaram a concessão de informações e mais 6% atribuíram aos remédios gratuitos, a maneira pela qual são beneficiados em sua QV. Da mesma forma, 3% dos entrevistados consideraram o acesso mais fácil e a obtenção de consultas médicas como fatores que também interferem em sua QV.

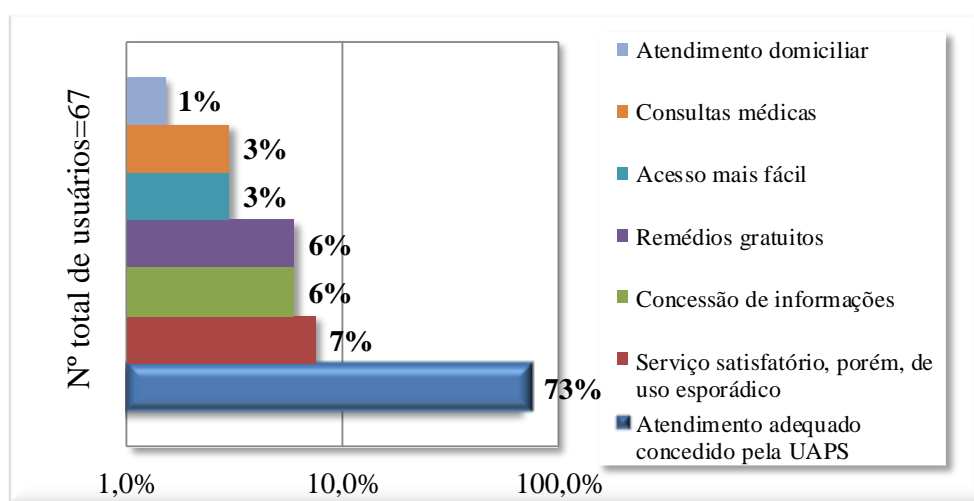


GRÁFICO 1 – Percentuais das respostas dos usuários, a respeito da associação que estabeleceram entre o que percebem por qualidade de vida e o atendimento concedido pela Unidade, Ubá/MG, 2013.

Esse baixo percentual em relação às consultas se deve ao longo tempo de espera pelos atendimentos especializados, desagradando muitos usuários. De forma consoante às observações estabelecidas por Schwartz et al. (2010, p. 2152), foi possível inferir que esta limitação, com o tempo, “contribui para a diminuição da credibilidade do atendimento” realizado pela UAPS, contestando o alto índice de aprovação encontrado, uma vez que, ao não incorporar a saúde como direito, o usuário acaba tendo uma baixa expectativa quanto ao serviço oferecido, levando

muitas vezes ao conformismo, do tipo “nada a reclamar, teve uma época que foi ruim, mas melhorou”.

Enfim, apenas 1% dos entrevistados fizeram menção do atendimento domiciliar como fator precursor de impactos benéficos para sua QV. Esse percentual foi representado por usuários que possuem familiares com necessidades que demandam esse tipo de assistência.

Com a finalidade de aprofundar sobre as interferências da UAPS na qualidade de vida, foi aplicado um questionário resultante da conjugação do modelo de Metzger et al. (1980), com o WHOQOL-breve da OMS (1998). Este instrumento integra os campos do conhecimento físico, psicológico, social, passando pontos referentes ao meio ambiente, à habitação, segurança física, renda, alimentação e, por último, educação.

Assim, os usuários puderam ser abordados em vários aspectos intrínsecos à QV, emitindo suas opiniões conforme os níveis de intensidade relacionados às perguntas constituintes do questionário. As frequências das respostas podem ser visualizadas na Tabela 3, onde o primeiro valor corresponde ao número de entrevistados que optaram por determinada questão, seguido de seu respectivo percentual, conforme o escore a que pertence. Além disso, as respostas foram agrupadas em dimensões que abrangem a QV, diferentemente da sequência em que as questões foram aplicadas aos usuários.

Portanto, quando perguntados sobre como avaliariam sua qualidade de vida, 61% dos usuários responderam que a consideravam boa. Em seguida, foram questionados sobre quão satisfeitos estariam com sua própria saúde e com o acesso aos serviços que lhes dão assistência nessa área, de acordo com a ordem predeterminada pelo questionário aplicado. Ambas as perguntas obtiveram o mesmo percentual de 52% das respostas, em relação ao escore 4; ou seja, esses usuários se demonstraram satisfeitos no que se refere a essas duas questões.

Tal empate é justificado pela associação que estabeleceram entre a visão de seu próprio estado de saúde, com a possibilidade de usar os serviços disponíveis, permitindo inferir que, o comportamento do usuário é que determina suas concepções sobre o serviço e suas escolhas em como e quando irá utilizá-lo. Esse resultado corrobora o que Travassos e Martins (2004) afirmam, assim como Cecilio (2001), os quais salientam a necessidade de pesquisas sobre acessibilidade em saúde,

principalmente pela relação das dimensões física e ambiental, também apontada por este estudo, como fatores impactantes sobre a QV.

Em termos do grau de satisfação dos usuários, para com sua capacidade de desempenho das atividades ligadas ao trabalho, os maiores resultados corresponderam a 48% satisfeitos e 15% muito satisfeitos.

TABELA 3 – Questões explicativas sobre a qualidade de vida (QV) dos usuários da UAPS “Palmeiras”, agrupadas conforme suas diferentes dimensões, Ubá/MG, 2013.

		Escore 1 Nº %	Escore 2 Nº %	Escore 3 Nº %	Escore 4 Nº %	Escore 5 Nº %
Percepção sobre QV						
Dimensões***	*1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	0	3/4	11/16	41/61	12/18
	**2. Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	0	5/7	20/30	35/52	7/10
Física	3. Quão satisfeito(a) você está com sua alimentação?	1/1	3/4	10/15	39/58	14/21
	4. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	2/3	9/13	14/21	32/48	10/15
	5. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1/1	7/10	7/10	45/67	7/10
Psicológica	6. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1/1	4/6	9/13	34/51	19/28
Relações sociais	7. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1/1	2/3	5/7	42/63	17/25
	8. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3/4	3/4	4/6	40/60	17/25
Ambiental	9. Quão satisfeito(a) você está com as condições de sua moradia?	3/4	3/4	15/22	28/42	18/27
	10. Quão satisfeito(a) você está com o ambiente onde você vive?	1/1	4/6	13/19	34/51	15/22
	11. Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física?	2/3	25/37	12/18	23/34	5/7
	12. Quão satisfeito(a) você está com os meios de transporte disponíveis?	7/10	14/21	12/18	28/42	6/9
	13. Quão satisfeito(a) você está com as informações que você precisa no seu dia a dia?	2/3	10/15	16/24	35/52	4/6
	14. Quão satisfeito(a) você	2/3	10/15	18/27	31/46	6/9

<i>está com os serviços de educação disponíveis?</i>					
15. <i>Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</i>	3/4	6/9	16/24	35/52	7/10
16. <i>Quão satisfeito(a) você está com suas oportunidades e atividades de lazer?</i>	3/4	11/16	20/30	26/39	7/10
17. <i>Quão satisfeito(a) você está com sua renda?</i>	4/6	16/24	12/18	31/46	4/6

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pelos autores (2013).

*Os escores da questão 1 foram: 1= muito ruim; 2 = ruim; 3 = nem ruim, nem boa; 4 = boa; 5 = muito boa.

**A partir da questão 2 até a última, os escores foram: 1 = muito insatisfeito; 2 = insatisfeito; 3 = nem insatisfeito, nem satisfeito; 4 = satisfeito; 5 = muito satisfeito.

*** Dimensões preconizadas pela OMS (1998) e presentes no agrupamento das questões do instrumento WHOQOL-breve.

Já em relação ao nível de satisfação relacionado à capacidade para o desempenho de outras atividades diárias, prevaleceram os satisfeitos, com 67%. As demais respostas empataram em 10%. Este resultado fragmentado demonstra uma variação na opinião dos entrevistados, evidenciando uma dissociação entre a capacidade para tarefas ligadas ao trabalho e as demais atividades estabelecidas no dia a dia, embora o exercício laboral também seja de frequência diária. A partir disso, é possível supor que este dado pôde ser observado, devido à influência da diversidade da amostra, composta por usuários além dos que trabalham em regime formal.

Em referência aos níveis de satisfação com o apoio concedido pelas amizades, as relações pessoais e em relação a si, predominaram-se percentuais relativos ao escore muito satisfeito. Respectivamente, os valores corresponderam a 63%, 60% e 51%. Semelhantemente às relações estabelecidas entre os dados anteriores, este resultado também salienta a satisfação dos usuários nas dimensões psicológica e social de sua QV, quando comparadas umas em relação às outras.

Dentro da dimensão ambiental, as questões 9^a, 10^a e 15^a, conforme a Tabela 3, também acompanharam o comportamento da frequência das respostas supracitadas, reiterando a prevalência dos índices mais altos em referência à satisfação dos participantes, em termos de condições de sua moradia, ambiente onde vive e acesso aos serviços de saúde.

Por outro lado, quando questionados sobre as consequências do serviço prestado em sua segurança física, os resultados apresentaram uma dualidade na

incidência das respostas, embora os insatisfeitos (37%) tenham prevalecido sobre os satisfeitos (34%). Esse fato também foi confirmado nas respostas referentes à satisfação dos usuários com os meios de transporte disponíveis, havendo 42% satisfeitos contra 21% insatisfeitos.

Isso demonstrou que os participantes não consideraram o atendimento da UAPS como determinante exclusivo para garantia desses direitos. Essas respostas foram auferidas não somente pelo que assinalaram no instante da entrevista, como também pelas reações observadas, a partir do que quiseram comentar a respeito, atribuindo a outras instâncias tal responsabilidade. Nas respostas da 13ª, 14ª e 16ª questões, os usuários também mantiveram essa linha de raciocínio, todavia, com predominância do escore 4, que denota um nível maior de satisfação quanto às informações do dia a dia, aos serviços de educação disponíveis e oportunidades e atividades de lazer.

Por último, ainda na dimensão ambiental, em relação à renda, os usuários novamente foram duais em suas respostas, apresentando-se em 46% satisfeitos e 23% insatisfeitos. Contudo, fizeram questão de mencionar o interesse em obterem alguma ascensão nas finanças pessoais e familiares, corroborando a intenção de mudança do perfil rentável do brasileiro, apontada pelo IBGE (2008).

Enfim, ao observar a relação das diferentes dimensões preconizadas pela OMS (1998) com as palavras que emergem das falas dos usuários, foi possível reafirmar a importância do processo de gestão do serviço concedido pela UAPS, a partir da preponderância dos *campos da saúde física, das questões espirituais* e dos *aspectos sociais e econômicos*, como importantes determinantes da QV desses entrevistados.

7 – CONCLUSÕES

O processo de gestão da UAPS “Palmeiras”, apesar de possuir natureza “tutelada”, teve implicações positivas sobre a qualidade de vida de seus usuários, tanto em termos dos aspectos econômicos quanto sociais. Ou seja, sob a égide da ESF, a assistência concedida à comunidade local vem fornecendo subsídios para a obtenção de recursos que se coadunam para a melhoria das condições de vida dessa população.

A qualidade de vida é percebida como algo imensurável, em que os fatores subjetivos destacam-se e são determinantes para o seu conceito multidimensional. Na perspectiva dos usuários da UAPS, ela está significativamente associada às dimensões da vida, das quais, foram preponderantes, as referentes à saúde física, às questões espirituais e às garantias sociais e econômicas.

Com isso, conclui-se que para efetivação do processo de gestão da UAPS, sob os preceitos da ESF, enquanto política pública de saúde, deve-se partir do estudo do contexto que emerge de seus usuários, visto como ferramenta importante para a determinação dos reais resultados alcançados, para a redução das disparidades entre o que é planejado e as necessidades dos beneficiários, tendo em vista que as diferentes esferas executivas envolvidas e o grupo compartilhem objetivos comuns, no que tange à promoção da qualidade de vida.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. H. T. **Federalismo e Políticas Sociais**. Disponível em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_28/rbcs28_08.htm. Acesso em: 05 de maio de 2012.

ANDRÉ, A. M. **Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: Percepção do Gestor**. 2006. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2011. 281 p.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O. L.; SOUZA, N. L. Mulheres, Trabalho e Administração. **Revista interdisciplinar de gestão social**. Salvador, v. 2, n. 2, p. 161-191, 2013.

CEBOTAREV, E. A. Apuntes sobre Aspectos Básicos en. la Calidad de Vida. In: **Mujer, Familia y Desarrollo**. Manizales: Universidad de Caldas. p. 109-138. 1994.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da Administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

FAUSTO, M.C.R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde**: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira.

2005. 261f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

HARTZ, Z. M. A. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma "nova saúde pública". **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 832-834, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil em síntese**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/1HWSS>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Séries históricas e estatísticas**. Disponível em: <<http://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=6&op=0&vcodigo=>>. Acesso em: 05 dez. 2013.

LIPP, M. E. N.; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso**. Campinas: Papirus, 1996.

MACHADO, L. B.; CARVALHO, M. R. F. **Construtivismo entre alfabetizadores: alguns reflexos sobre o campo semântico de suas representações**. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/25/posteres/laedamachadop10.rtf>>. Acesso em: 07 fev. 2013.

MAIA, C. C. A. **O Gerenciamento como Estratégia de Implementação da Assistência nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Oeste – Belo Horizonte**. 2000, 179 f Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2000.

MATIAS-PEREIRA, J. Gestão cultural. Especialização em gestão de políticas públicas. **Módulo II - gestão pública**. Centro de Educação a Distância da Universidade de Brasília - CEAD/UnB, Brasília, 2009.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

METZEN, E.; WILLIAMS, F. L.; SHULL, J.; KEEFE, D. R. **Quality of live as affected by area of residence: I project description**. Columbia: University Missouri, College of Agriculture, Agricultural Experiment Station, 1980. 112 p. (Research bulletin, 1036).

OMS-UNICEF, 1979. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Grupo WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

RAMOS, L. H. D.; GRIGOLETTO, M. V. D. **Gestão de serviços de saúde**. Curso de Especialização em Saúde da Família - UNA-SUS/UNIFESP, São Paulo, 2011.

RIBEIRO, M. G. S.; OLIVEIRA, I. P. F. A operacionalidade da gestão participativa no trabalho do Conselho Estadual de Saúde da Bahia. In: **III Seminário Políticas Sociais e Cidadania**, 2010, Salvador. **Anais...** Salvador, BA: UCSAL, 2010.

SCHWARTZ, T. D.; FERREIRA, J. T. B.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SILVA, S. F. **Municipalização da Saúde e poder local: sujeitos, atores e políticos**. São Paulo: USP, 2001. 288 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2001.

SILVEIRA, C. M. **Pesquisa sobre gestão e cultura organizacional na administração pública brasileira**. Disponível em: <http://www.clovis.massaud.nom.br/artigos21.htm>. Acesso em: 01 de junho de 2012.

SIMÕES, A. R. **Gestão Estratégica nas Organizações Públicas de Saúde: Um estudo de caso da consolidação do SUS Municipal.**, 2003, 213 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro Universitário Álvares Penteado, São Paulo: UNIFECAP, 2003.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. Sup 2, p. S190-S198, 2004.

TRIOLA, Mário F. **Introdução à Estatística**. 11a. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

V - CONCLUSÕES GERAIS

Embora o cotidiano seja reputado como algo constituído por eventos triviais, sua complexidade disfarçada de rotina revela a importância do questionamento da sucessão de seus fatos, os quais são protagonizados pelo homem. Assim, é possível descobrir na banalidade social vivenciada, onde se encontram os elementos que configuram a resistência do sujeito em prol da superação de suas objeções, típicas da vida contemporânea.

Portanto, com a vigência de adversidades inerentes à área da saúde, surge a necessidade de constantes intervenções, das quais, muitas são assumidas pelas autoridades governamentais. Para executá-las, além da mobilização social, é imprescindível a implementação de políticas públicas idealizadas para esse fim. Por conseguinte, emerge a necessidade de analisar tais políticas, principalmente as de caráter social, que primam pela melhoria das condições de vida da população, constituindo um desafio necessário, principalmente para contribuir para o aperfeiçoamento dessas ações de interesse público.

Nesse contexto, este estudo se propôs a verificar o cotidiano de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), considerando os preceitos da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para tanto, avaliou-se o processo de gestão da UAPS “Palmeiras” em Ubá/MG, a partir das atividades cotidianas desenvolvidas e de suas práticas de governança, bem como sua repercussão sobre a qualidade de vida de seus usuários.

Assim, o espaço relacional da UAPS influenciou a dinâmica das estratégias de ação adotadas pelos profissionais, que se destacaram pelo trabalho cooperativo e a troca de saberes, gerando uma adequada assistência aos usuários, ao compará-la às exigências da ESF. As práticas de governança, vivenciadas diariamente pelos indivíduos na realidade da UAPS, envolvem situações de conflitos, inerentes às relações de poder e limitações do serviço de atendimento, conjugados com práticas construtivas do grupo.

Entretanto, a administração dos relacionamentos possibilita que a assistência aos usuários seja efetivada. O trabalho dos profissionais, como atividade permanente de regulação entre os determinantes da situação, as exigências das tarefas e o seu bem-estar, permite a aplicabilidade dos princípios e diretrizes da ESF, em termos de uma adequada assistência aos usuários da Unidade. A qualidade final do trabalho dos

profissionais sofre influência das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde, envolvendo, portanto, “duas faces da mesma moeda”: a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre o Estado e os cidadãos. Com isso, os indivíduos conseguem, por meio dos laços sociais, complementar aquilo que não conseguem através do vínculo de cidadania: serviços públicos mais eficientes e qualificados.

Apesar de não existir um processo de gestão da UAPS totalmente compartilhado, em termos do financiamento, obrigações, responsabilidades e organização da rede, dentre outros aspectos, suas implicações sobre a qualidade de vida dos usuários foram percebidas por eles como satisfatórias, estando associadas tanto com aspectos econômicos, quanto sociais.

Contudo, sob a égide da essência da ESF, a assistência concedida à comunidade local vem fornecendo subsídios para a obtenção de recursos inerentes aos diferentes campos da vida e que coadunam para a melhoria da qualidade de vida dessa população, vista como algo imensurável e multidimensional, com destaque para os fatores subjetivos.

Além disso, a concepção de qualidade de vida está significativamente associada aos componentes da vida relativos à saúde física, às questões espirituais e aos aspectos relativos a garantias sociais e econômicas. Embora o estudo do cotidiano possua algumas limitações, tais como, a necessidade de realizar a abordagem *in loco*, onde o pesquisador deve permanecer por um longo tempo, apresenta-se como fundamental para evidenciar as estratégias empregadas pelos indivíduos, ao combinarem as normas prescritas pela ESF, com os próprios modos de fazer. .

Por outro lado, foi possível interpretar as disparidades entre as ações exigidas e o efetivamente realizado como adaptação dessa política de magnitude nacional à realidade imediata. Além disso, observou-se que o alcance das metas foi derivado do processo de cooperação entre os profissionais da equipe, visando à melhoria das condições de vida dos usuários assistidos por eles.

Dessa forma, a importância de estudos como este, de abordagem microssocial, se dá em virtude da prioridade atribuída às pessoas, permitindo conhecer realidades múltiplas, em que elas são julgadas como sujeitos individuais,

propondo sua integração ao processo de planejamento e execução de políticas governamentais, em especial as equivalentes à Atenção Primária à Saúde (APS).

Com isso, o estudo do cotidiano pode contribuir de forma relevante para a compreensão da realidade do trabalho referente ao planejamento, gestão e execução das intervenções previstas pela ESF. Assim, ao capacitar os profissionais envolvidos nesse processo, torna-se possível o entendimento dos percalços existentes em cada etapa, a fim de que se crie continuamente uma mobilização em prol do aperfeiçoamento dessas ações, fortalecendo os vínculos entre os envolvidos na implementação da política e também entre os usuários beneficiados.

VI – APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA A EQUIPE TÉCNICA DA UAPS

Entrevistado: _____

Data: __/__/_____

1 - Função:

Médico Enfermeiro Agente Comunitário de Saúde Técnico ou Auxiliar de Enfermagem Outro: _____

2 - Quais são as atividades que você desempenha na UAPS?

3 – Em que parâmetros você se baseia para tomar decisões frente suas atividades do dia a dia? (Por exemplo: protocolos e manuais).

4 - Ao tomar suas decisões, frente às necessidades dos usuários, suas funções e papéis prescritos correspondem ao que você executa em prática? Se não, quais funções e papéis discordam de sua prática e por quê?

5 - Você se sente preparado para exercer essas atividades?

Sim Não

Explique sua resposta:

6 - Recebeu algum tipo de treinamento/capacitação para seu trabalho na UAPS?

Sim Não

Qual? E qual a duração?

7 – Em face de quais situações é possível perceber as relações de poder existentes entre os demais profissionais da equipe técnica e você?

8 – Quais são os principais conflitos vivenciados em sua prática de trabalho? (Quais e por quê?).

9 - Quais são os tipos mais comuns de negociações e concertações vivenciados, tanto entre os componentes da equipe técnica, quanto entre os mesmos e os usuários da UAPS?

10 – Qual (ou quais) estratégia(s) você usa mediante a ocorrência de imprevistos?

11 – No caso de algum tipo de dificuldade que requeira recursos além daqueles que estão em mãos, a quem a equipe técnica recorre com maior frequência? Ou seja, quais são seus principais parceiros ou redes de apoio? Quais são as características desse “apoio” e sua frequência?

12 - Em sua opinião, quais são os pontos positivos trazidos pela UAPS, para a qualidade de vida das famílias beneficiadas pelos serviços?

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO REFERENTE AO PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS E SUAS FAMÍLIAS

PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO USUÁRIO					
Idade(n° anos):	Sexo: ()F ()M	Escolaridade:	() Analfabeto		
Estado Civil:	() Solteiro	N° Anos de Estudo: _____	() Alfabetizado		
	() Casado		() Ensino Fundamental Incompleto		
	() Divorciado		() Ensino Fundamental Completo		
	() Separado		() Ensino Médio Incompleto		
	() Viúvo		() Ensino Médio Completo		
	() Amasiado		() Ensino Superior Incompleto		
Raça:	() Branca	Religião:	() Ensino Superior Completo		
	() Parda		() Pós Graduação		
	() Amarela		() Ateu	() Católico	
	() Negra		() Religiões Evangélicas Qual: _____	() Outros	
TRABALHO/OCUPAÇÃO					
Trabalha (Sim/Não): _____ Em caso negativo (Porque): _____		Posição da Ocupação:	Condição:	Tipo de Ocupação (especificar):	
Renda:	() menos de 1 S.M.	() Empregado	() Fixo		
	() 1 a 3 S. M	() Por conta própria	() Eventual		
	() 3 a 4 S. M.	() Empregador			
	() 5 a 10 S.M				
	() mais de 10 S.M.				
PERFIL FAMILIAR					
Tipo de Família:	() Nuclear		Ciclo de Vida Familiar:	() Formação	
	() Extensa			() Maturação	
	() Monoparental			() Dispersão	
	() Outro			() Ninho vazio	
Outros Membros da Família	Idade (n° anos)	Escolaridade (n° anos)	Trabalha (Sim/Não)	Ocupação (especificar)	Renda Familiar (salário mínimo)
Tamanho da Família (N°):			Renda per capita:		

APÊNDICE C

QUESTÕES DIRIGIDAS AOS USUÁRIOS SOBRE AS REDES SOCIAIS DE APOIO QUE ACESSAM

UAPS: _____

Entrevistado: _____

Data: ___/___/_____

1 – No caso de algum tipo de dificuldade, qual é o seu contato mais próximo, ou seja, a quem você recorre com maior frequência? Identifique essa frequência, as pessoas ou instituições envolvidas e o conteúdo da relação.

1.1 - Em caso de dificuldade com o estado de saúde:

1.2 - Em caso de dificuldade no relacionamento:

1.3 - Em caso de dificuldade financeira:

2 – Você participa de algum grupo comunitário?

Sim Não

Por qual motivo? _____

Se confirmado, qual ou quais, dentre os citados abaixo?

Cooperativa

Grupo religioso

Associações

Outros – especificar: _____

APÊNDICE D

QUESTÕES DIRIGIDAS À PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA

UAPS: _____

Entrevistado: _____

Data: ___/___/_____

1 - Para você, o que é (ou o que você imagina que seja) qualidade de vida?

2. Cite 3 palavras que te remetam ao significado de qualidade de vida:

2 - Agora que você já definiu o que é qualidade de vida, como você colocaria em ordem de prioridade, os componentes ou domínios da vida que você julga como os mais importantes para se ter qualidade de vida?

3 – Como você associaria esses componentes importantes da qualidade de vida em relação ao serviço prestado pela sua UAPS?

APÊNDICE E

QUESTIONÁRIO CONJUGADO DO MODELO DE METZEM (1980) COM O WHOQOL-BREVE (OMS, 1998).

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5
3	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
4	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
5	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
6	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
7	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
8	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
9	Quão satisfeito(a) você está com as condições de sua moradia?	1	2	3	4	5
10	Quão satisfeito(a) você está com o ambiente onde você vive?	1	2	3	4	5
11	Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física?	1	2	3	4	5
12	Quão satisfeito(a) você está com os meios de transporte disponíveis?	1	2	3	4	5
13	Quão satisfeito(a) você está com as informações que você precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Quão satisfeito(a) você está com os serviços de educação	1	2	3	4	5

	disponíveis?					
15	Quão satisfeito(a) você está com sua alimentação?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito(a) você está com suas oportunidades e atividades de lazer?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua renda?	1	2	3	4	5